Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

6 698

Digitized by Google

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER
SAN FRANCISCO

MEDICAL LIBRARY EXCHANGE

MEDICAL-DENTAL LIBRARY
MARQUETTE UNIVERSITY

Digitized by Google

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, A. BAYET-Brüssel, C. BECK-Budapest, A. BLASCHKO-Berlin, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, H. G. BROOKE-Manchester, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, H. DREUW-Berlin, P. EHRLICH-Frankfurt a. M., S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, O. EVERSBUSCH-München, J. v. FICK-Wien, E. FINGER-Wien, E. FRAENKEL-Hamburg, E. GALEWSKY-Dresden, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBER-STAEDTER-Charlottenburg, H. HALLOPEAU-Paris, J. HELLER-Charlottenburg, E. HEUSS-Zürich, M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, J. JADASSOHN-Bern, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, V. KLINGMÜLLER-Kiel, A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau, R. LEDERMANN-Berlin, L. LEISTIKOW-Hamburg, H. P. LIE-Bergen, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, P. NÄCKE-Hubertusburg, J. NEU-BERGER-Nürnberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELA-GATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New York, C. POSNER-Berlin, A. POS-PELOW-Moskau, E. RIECKE-Leipzig, P. RUSCH-Wien, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, E. SCHIFF-Wien, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., O. SEIFERT-Würzburg, J. SELENEW-Moskau, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TÖRÖK-Budapest, P. UHLENHUTH-Straßburg i. E., F. v. VERESS-Klausenburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, F. WINKLER-Wien, M. WOLTERS-Rostock

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA — HAMBURG
P. TAENZER — BREMEN
J. H. RILLE — LEIPZIG
E. DELBANCO — HAMBURG

VIERUNDFÜNFZIGSTER BAND

1912

JANUAR BIS JUNI (Nr. 1—26)

MIT 35 ABBILDUNGEN IM TEXT UND TAFEL 1—5

LEIPZIG UND HAMBURG
VERLAG VON LEOPOLD VOSS
1912

Digitized by Google

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis".) Seite

Zur Chemie der Haut IX. Die Verteilung des Sauerstoffs und der Sauerstoff-Fermente in der Haut, von P. G. Unna und L. Golodetz 2. 54
Über Leucoderma psoriaticum der behaarten Kopfhaut, von J. H. Rille 10
Zwei Fälle von Orientbeule, von Menahem Hodara und Fuad Bey 16
Veränderungen im Verlaufe der Syphilis nach intensiver Behandlung. Über Pseudoreinfektionen und Frührezidive, von Franz v. Veress 22. 62
Ein Fall von primärer Hautaktinomykose, von Louis Merian 45
Histologische Untersuchungen bei drei Fällen von Sporotrichose, von Menahem Hodara und Fuad Bey 50
Beitrag zum Studium des sogenannten „Granuloma annulare" (R. Crocker), von Karl Vignolo-Lutati 77. 114
Tardive syphilitische erosive Papeln an den Genitalien eines Weibes fast 24 Jahre nach der Infektion (+ Spirochaete pallida, + Wassermann), von Ludwig Nielsen 86
*Zur Behandlung der Zystitis mit Diplosal, von Arthur Schwenk 90
Über die Diagnose der Lues durch die Intradermoreaktion, von Arthur Fontana 109
Chilblain Lupus (Hutchinson) und Lupus pernio (Besnier-Tenneson), von Siegfried Gross 133
Über Organotherapie des Prostatismus, von Wilhelm Karo 139
Über Röntgenbehandlung der Darierschen Dermatose, von Hans Ritter 165
Über Jodozitin, von Chrzelitzer 168
Reinfektion und Solitärsekundäraffekt nach Salvarsanbehandlung, von Hanacek . . 189
Zur Kritik der Atropinbehandlung der Blennorrhöe des Mannes, von Karl Fluss 192
Zur Frage über den Einfluß der rituellen Beschneidung auf die Ansteckung von venerischen (weichen und harten) Affektionen, von P. A. Pawlow 197
Zur Frage der syphilitischen Reinfektion, von Bettmann 221
Ein durch Eukalyptusbonbons hervorgerufenes Exanthem, von M. Oppenheim . . 224
Methoden zur quantitativen und qualitativen Messung der Röntgenstrahlen für die Dermatologie, von A. Gunsett 226. 252
Zur Kasuistik des Naevus linearis systematicus, von Richard Kantor 245
Ein Fall von Ausheilung eines weichen Schankers durch Gebrauch von Salvarsan, von P. Pawlow 248
Zur Kenntnis des Ulcus molle extragenitale. Ein Fall von Ulcus molle am Fuße, von Edward Bruner 277
*Generalisierte Jodakne und makulöses Jodexanthem nach dreimaliger Anwendung von Jodtinktur und Bedecken der eingepinselten Stellen mit Wachstuch, von Menahem Hodara 286
Erfahrungen mit Gonokokken-Vakzine Arthigon, von Paul Dorn 301
Cutis verticis gyrata, von Hans Vörner 309
Neue Anwendungsgebiete der Elektrolyse, von Joseph Franz Kapp 315
Zur Frage des Fiebers und anderer Nebenerscheinungen bei der Anwendung des Salvarsans, von Wachenfeld 341
Über die Behandlung der juckenden Hautkrankheiten mit normalem, menschlichem Serum, von Linser 365
Die Lebensaussichten der kongenital-luetischen Kinder, von O. Sprinz 368. 402. 428

124235

Digitized by Google

Seite

Ein Fall von Gonokokkämie und generalisiertem gonorrhoischem Exanthem, von Menahem Hodara, Osman Bey, Izet Bey und Chevkiet Bey 397
Xanthoma tuberosum multiplex, von S. Pollitzer und Udo J. Wile 421
Über Bromoderma, von Arthur Jordan 453
Über Toilette- und Schminkpuder, von Joseph Franz Kapp 458
Über Entstehung von Gefäßerweiterungen und abnormer Hautreaktion, von Friedrich Luithlen 485
Über die Unbrauchbarkeit der Arbeitshypothese „Endotheliom", von Johannes Fick 488
Die Hochfrequenz- und Hochspannungsströme bei der Behandlung einiger Hautkrankheiten, von Artur Fontana 517. 554
Armauer Hansen †, von H. P. Lie 525
Zur Ätiologie der phagedänischen Genitalgeschwüre, von Norbert Türk . . 549. 591
Über eine sonderbare menstruelle Hauterscheinung, von Karl Rühl 581
Über das spontane Verschwinden juveniler oder harter Warzen im Anschluß an die Behandlung, von E. Galewsky 589
Einige interessante Lokalisationen von Pilzerkrankungen, von J. Brault 613
Vermehrung der reduzierenden Wirkung der Pyrogallolpflaster, von Dreuw . . . 618
Zur Theorie der mikroskopischen und klinischen Beobachtung in der Dermatologie, von Eduard Bäumer 620
Zwei Fälle von Lepra mit tuberkuloiden Gewebsveränderungen. Leprabazillennachweis in denselben mittels des Antiforminverfahrens, von Louis E. Merian . 637
Über den sogenannten Lichen albus von Zumbusch, von Karl Vignolo-Lutati 661
Die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung der Syphilis, von W. Scholtz und E. Riebes 693
Ursprung der Lepra, von C. Engelbreth 700. 723
Kutane Reaktion bei den Gonorrhöekranken, von Y. Sakaguchi und Ch. Watabiki 717

Versammlungen.

Société Belge de Dermatologie et de Syphiligraphie 231. 261
Berliner dermatologische Gesellschaft 289. 437. 726
British medical association 30
Gesellschaft der Charitéärzte 31
7. internationaler Dermatologenkongreß 561
Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 233. 409. 565. 727
Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft 67. 353. 648
I. Kongreß des nordischen dermatologischen Vereines 293
I. internationaler Pathologenkongreß 465
Royal society of medecine 27. 207. 291. 326. 445. 598. 707
Russische Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg 317. 442. 464

Fachzeitschriften.

Actas dermo-sifiliográficas 36. 209
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 124. 232. 327. 379. 564. 729
Annales des Maladies des Organes Génito-Urinaires 237. 262
Annales des Maladies Vénériennes 144. 328. 532. 599
Archiv für Dermatologie und Syphilis 176. 320. 407. 527
Archives of Surgery 447
Bulletin de la Société Belge de Dermatologie et de Syphiligraphie 231. 261
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 233. 409. 565. 727
Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma 35. 354
Folia urologica 143. 212. 413
Giornale italiano delle Malattie veneree e della pelle 34. 145. 355
American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases 69. 92. 263. 467. 623. 677
British Journal of Dermatology 32. 205. 353. 408. 650
Journal d'Urologie médicale et chirurgicale 294. 380. 601. 679

Digitized by Google

Seite
Lepra 210. 466
Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 624
La Pratica Dermo-Sifilopatica 412. 598
Proceedings of the Royal Society of Medicine, Dermatological Section 27. 207. 291. 326. 445. 598. 707
Revista española de Dermatologia y sifiliografia 37. 293. 355. 466. 678
Revue clinique d'Urologie 533. 730
Revue pratique des maladies des Organes Génito-Urinaires 263. 533. 680
Dermatologische Zeitschrift 91. 142. 230. 443. 597. 707
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 212. 625
Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie 37. 210. 531
Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venerologie 445
Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten 70. 183. 380. 652
Zeitschrift für Urologie 71. 92
Dermatologisches Zentralblatt 143. 205. 325. 408. 597

Bücherbesprechungen.

Therapeutisches Taschenbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten, von A. Blaschko und M. Jacobsohn 38
Medizinalkalender für das Jahr 1912. Herausgegeben von Dr. B. Schlegtendal 38
Die Gonorrhöe des Mannes. Ihre Pathologie und Therapie, von Wilhelm Karo 38
Anleitung zur sexuellen Aufklärung und Erziehung, von Max Oker-Blom 73
Leitfaden des Röntgenverfahrens. Herausgegeben von Ingenieur Friedrich Dessauer und Dr. med. B. Wiesner 97
Die Krankheiten der Mundhöhle und der oberen Luftwege bei Dermatosen mit Berücksichtigung der Differentialdiagnose gegenüber der Syphilis, von Dr. Gottfried Trautmann 126
Die Masturbation, von Hermann Rohleder 126
ar-Razi (Razes), Über die Pocken und die Masern (ca. 900 n. Chr.). Übersetzt von Karl Opitz 126
Edward Jenners Untersuchung über die Ursachen und Wirkungen der Kuhpocken (1798). Übersetzt von Viktor Fossel 126
Über die wissenschaftlichen Fundamente der Lehre von den sexuellen Abstinenzkrankheiten und die praktischen Konsequenzen für die D. G. B. G., von C. Touton 127
Über Neurorezidive nach Salvarsan- und Quecksilberbehandlung, von J. Benario . 146
Il „606" nel laboratorio e nella pratica, von Ferdinando de Napoli 147
Über moderne Syphilistherapie mit besonderer Berücksichtigung des Salvarsans, von A. Neißer 148
Hautveränderungen bei Erkrankungen der Leber, von S. Jessner 184
Die medikamentöse, chirurgische und physikalische Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von G. Piccardi 184
Die Bedeutung des Sauerstoffs in der Färberei, von P. G. Unna und L. Golodetz 239
Die Krankheiten des Mundes, von W. J. v. Mikulicz und W. Kümmel 240
Die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Dr. Reinh. Ledermann 240
Praktische Anleitung zur Syphilisdiagnose, von P. Mulzer 264
Über Pyodermien, die Infektionen der Haut mit banalen Eitererregern, von J. Jadassohn 330
Über eigenartige Erythemtypen und Dermatitiden des frühen Säuglingsalters, von Karl Leiner 381
La sifilide. Il „606" di Ehrlich-Hata, von Karl Rühl 382
Heliotherapie im Hochgebirge. Mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose, von Oskar Bernhard 467
Technik der klinischen Blutuntersuchung für Studierende und Ärzte, von A. Pappenheim 567
Dermatologischer Jahresbericht, von P. G. Unna und W. Tamms 602
Grundriß der Radiumtherapie und der biologischen Radiumforschung, von S. Loewenthal 602
Die Behandlung der Blennorrhöe des Mannes, von V. Klingmüller 602
Zwei Jahre Salvarsantherapie, von P. Ehrlich, J. Kraus, A. v. Wassermann . 625

Digitized by Google

Seite
Die Therapie der Wiener Spezialärzte, von Ottfried O. Fellner 653
Männlicher Geschlechtsapparat, von L. Aschoff 654
Das Radium; seine therapeutischen Wirkungen, von A. Bayet 681
Die Behandlung der Syphilis mit Dioxydiamidoarsenobenzol, von W. Wechselmann 682
Praktische Neurologie für Ärzte, von M. Lewandowsky 709
Handbuch der Sexualwissenschaften mit besonderer Berücksichtigung der kulturgeschichtlichen Beziehungen, von Albert Moll 709
Hautveränderungen bei Erkrankungen der Leber, von S. Jessner 710
Formulae magistrales Germanicae, von L. Lewin 710

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Knäuelartige Nervenendigungen in der Vogelhaut, von E. Botezat 39
Die Entstehung von Mastzellen aus Lymphozyten und Plasmazellen, von Hal Dorney 39
Studien über Pigmentbildung, von Ferdinand Winkler 39
Zur Bedeutung der Pigmentzellen, von Bernhard Heller 40
Beiträge zur Kenntnis der menschlichen Hautpigmentierung, von Y. Tanaka . . . 40
Zur Physiologie und Pathologie des Wasserwechsels und der Wärmeregulation seitens des Hautorganes, von A. Loewy und W. Wechselmann 40
Versuche zur klinischen Beobachtung der Lymphzirkulation der Haut, von Z. v. Dalmady 40

Mikroskopische Technik.

Einige Beobachtungen über die feinere Struktur der Riesenzellen in Gummi und Sarkom, von T. Wakabayashi 41
Die Färbung des fibrillären Retikulums mit der Bielschowskyschen Methode zur Differentialdiagnose zwischen Sarkom und Epitheliom, von C. Licini 41
Beitrag zur Frage der Beeinflussung des elastischen Gewebes durch Tuberkulose, von E. Oppenheim 41

Bakteriologie.

Kulturen von violettem Endothrix-Trichophyton von einem Fall von „ekzematoiden" Läsionen des Pilzes im Verein mit Tinea barbae, von G. H. Adamson 28
Hereditäre Übertragung der Spirillosen, von L. Nattan-Larrier 41
Neue einfache und schnelle Methoden zur Spirochätenfärbung, von Steinhaus . . 41
Kultur des pathogenen Treponema pallidum, von Hidego Noguchi 41
Die Geißel der Spirochaeta pallida, von C. Levaditi 42
Über die Benennung des Syphiliserregers nebst Bemerkungen über seine Stellung im System, von E. Hoffmann 42
Über Spirochaeta pallida-Kulturimpfungen nebst Bemerkungen über die Wassermannsche Reaktion beim Kaninchen, von H. Sowade 42
Der Einfluß von Salvarsan auf das Treponema pallidum, von A. Balfour 42
Über die verschiedene Giftigkeit der Schimmelpilze je nach der Jahreszeit, von Carlo Ceni 43
Der angebliche Einfluß der Jahreszeiten auf die Giftigkeit der Kulturen von „Aspergillus fumigatus", von Pighini und Ravenna 43
Microsporon depauperatum, ein neuer Hautparasit, von Fernand Guéguen . . . 43
Untersuchungen über den Wert der Antiforminmethode für den Tuberkelbazillennachweis im Gewebe, von C. Hart und O. Lessing 43
Die Vortrefflichkeit der Methode von Ellermann und Erlandsen zur Auffindung des Tuberbazillus im Urinsediment, von Silvio Martinelli 43
Über die vereinfachte Trennungsmethode von Ulcus molle-Bazillus, von Y. Kamimura 211
Züchtung von Spirochaeta pallida, von Boas 293
Die dänischen Trichophyten und ihre Stellung in Sabourauds System, von Bang . 293

Digitized by Google

Seite

Pilzkulturen von den Haaren eines an „Piedra" leidenden Kranken, von J. M. H. MacLesa . . . 326
Mikroskopische Präparate von einem Fall von ausgedehnter Trichophytie mit granulomatösen Läsionen, von J. H. Sequeira . . . 327
Kulturen von Achorion Quinceanum (Mäusefavus) von einem 5jährigen Mädchen herstammend, von J. H. Sequeira . . . 327
Trichophyton rosaceum, von Rob. A. Bolam . . . 353
Über Spirochätenkulturen aus einem syphilitischen Primäraffekt, von Tomasczewsky 440
Kulturen von Trichophyton plicatile, welche von einem durch granulomatöse Läsionen komplizierten Falle von ausgedehnter Trichophytie des Rumpfes und der Extremitäten stammten, von J. H. Sequeira . . . 445

Hygiene.

Psychologie des Jünglings und ihre Beziehung zum Sozialproblem, von Winfield H. Hall . . . 70
Die Kontrolle der Geschlechtskrankheiten von seiten des Gesundheitsamtes, von Prince A. Morrow . . . 74
Die Notwendigkeit allgemein gleicher staatlicher Verordnungen über die Behandlung venerischer Erkrankungen zur Verhütung dieses sozialen Mißstandes, von A. Ravogli . . . 74
Die antivenerische Prophylaxe in den Mittelschulen, von Charles Poullain . . . 74
Alkohol und Seifenspiritus in der Händedesinfektion, von Schumburg . . . 74
Hautdesinfektion mittels einer neuen Jodlösung, von Ellice MacDonald . . . 75
Über die sexuelle Belehrung der Abiturienten, von O. Rosenthal . . . 212
Die Eltern und die sexuelle Aufklärung, von Siebert . . . 211
Der Kampf gegen das Animierkneipenwesen in Frankfurt a. M., von Max Flesch 624
§ 184, 3, von Max Flesch . . . 624. 625
Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von J. A. Guthrie . . . 624
Vernichtung der Wurzel der Geschlechtsleiden, von A. L. Benedikt . . . 624
Eine neue sexualpädagogische Statistik, von E. Meirowski und A. Neisser . . . 625
Praktische Vorschläge für die Durchführung einer sexuellen Erziehung, von Martin Chotzen . . . 625
Zur Frage der Strafbarkeit der Ankündigung von Schutzmitteln, von Julian Markuse 625
Über ansteckende Geschlechtskrankheiten und Ehegesetzgebung, von Magnus Möller 625
Reform der Budapester Sittenpolizei, von Hans Schneickert . . . 625
Nochmals Prof. Gruber und der Schutz gegen die Geschlechtskrankheiten, von A. Blaschko . . . 625
Die Bekämpfung der venerischen Krankheiten auf der hygienischen Ausstellung in Dresden, von Bremener . . . 652
Alkohol und Geschlechtskrankheiten, von T. D. Crothers . . . 677

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Haarproben von einem eingeborenen Indianermädchen, von J. M. H. MacLeod . . 29
Ein Fall von Spindelhaaren, von Lesser . . . 32
Trichomykosis flava, nigra und rubra der Achselgegenden, von Aldo Castellani 32
Zwei Fälle von Überempfindlichkeit der Haut, von Vicente Gimeno . . . 37
Haut- und Geschlechtskrankheiten, von A. Neißer und C. Siebert . . . 75
Hautkrankheiten und Nervensystem, von F. Lewandowsky . . . 75
Über Neuritis multiplex cutanea, von Hermann Schlesinger . . . 75
Über Trichopilarmuskelkrisen bei Tabes dorsalis, von Alfred Neumann . . . 76
Professionelle Dermatitiden, von P. Jourdanet . . . 76
Experimentelle Untersuchungen über den Bakterienreichtum der Haut Gesunder und Hautkranker und die Beeinflussung desselben durch einige physikalische und chemische Prozeduren, von S. Hidaka . . . 76
Beitrag zur Klinik und Histopathologie der lokalen Salvarsanhautreaktionen (L. S. H. R.), von Frieboes . . . 91
Experimentelle Erregung gewisser Dermatosen durch intradermale Injektion von Tuberkulin und anderen Seris, von Thibierge und Gastinel . . . 99
Die Gärungskrankheiten (Beriberi, Skorbut, Barlowsche Krankheit u. a.), von J. H. F. Kohlbrugge . . . 99

Digitized by Google

Seite

Über den Durchtritt von Tuberkelbazillen durch die unverletzte Haut, von Harry Koenigsfeld 100
Welche Mengen von Stickstoff und Kochsalz werden durch die Haut von Nierenkranken ausgeschieden? von Friedrich O. A. Loofs 101
Über die gegenseitige Beeinflussung von Quecksilber und Schwefel im Organismus, von C. Bruck 101
Untersuchungen an drei blutsverwandten Personen mit ektodermalen Hemmungsbildungen, besonders des Hautdrüsensystems, von Wechselmann und Loewy 101
Über das Verhalten entzündlicher Bildungen der Haut gegen Tuberkulin, von A. Sternberg 149
Gibt es anatomische Veränderungen der Schweißdrüsen bei inneren Krankheiten? von Wolfgang Veil 149
Zur Frage der Fettgewebsnekrose im Unterhautzellgewebe, von J. Leyberg . . . 149
Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von Anilinfarbstoffen auf die menschliche und tierische Haut, von Otto Sachs 149
Über parasitäre Hautaffektionen und ihre Behandlung, von Hahn 149
Zur Kenntnis der atypischen bullösen Hautaffektionen, von Sergius Bogrow . . 177
Zur Kenntnis der strichförmigen Hautkrankheiten, von Carl Cronquist 178
Histologische Untersuchungen über das Hautfett, von S. Nicolau. 232
Die Beziehungen zwischen Zähnen und Hautkrankheiten und Schleimhauterkrankungen, von W. Knowsley Sibley 263
Die Zeiten der Blutkoagulation bei Hautkrankheiten, von Myer Solis-Cohen . . 264
Immunität nach Trichophytie-Infektion, von Bruhns 290
Über eosinophile Zellen und Mastzellen in vesikulösen Hauteffloreszenzen, von Otto Pueltz 321
Überempfindlichkeit bei intravenöser Salvarsaninjektion, von Wechselmann . . . 323
Die Simulation der Hautkrankheiten, von Eusebio Oyarzábal 355
Anaphylaxiephänome in der Haut, von Coppolino 356
Ein Fall von strichförmiger Hauterkrankung, von M. Friedländer 439
Über die experimentellen Alopezien durch Abrin, von Karl Vignolo-Lutati . . 529
Erogene Zonen bei erworbener sexueller Perversität, von James G. Kiernan . . 624
Onychomadisis und Onycholysis, von Heller 726
Laboratoriuminfektion mit Sporotrichum Beurmanni, von Arndt 727

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Diskussion über Radiumtherapie, von W. D. Butcher 30
Ein Anfall von Blutdruckvermehrung nach einer Salvarsaninjektion, von S. S. Covisa 36
Vereinfachung der Technik der intravenösen Salvarsaninjektionen, von Sanchez del Val 37
Zikatrizielle Achromie nach Salvarsan, von J. Nonell 37
Eine neue Methode der Salvarsanapplikation, von Perdo Jaume Matas 37
Über die durch Salvarsanbehandlung hervorgerufene Schwerhörigkeit und Fazialislähmung, von H. Nakano 37
Über die Verwendbarkeit des $CaCl_2$ bei Hautkrankheiten, von S. Yoshimura . . 38
Über die Anwendungsweise des Salvarsans, von K. Sakurane 38
Über die Injektion der schwach alkalischen Halbemulsion des Salvarsan, von S. Okugawa 38
Lanolinölemulsion von Salvarsan, von John G. Burke 69
Salvarsan, von K. G. Zwick und A. O. Zwick 69
154 Injektionen mit Salvarsan, von Edgar G. Ballenger 69
Über Salvarsan, von Abr. L. Wolbarst 69
Neue Erfahrungen mit Salvarsan, von Charlet M. Whitney. 69
Instrumentarium zur intravenösen Salvarsaninjektion, von A. G. Rytina 69
Elektrische Behandlungsmethoden bei Hautkrankheiten, von Sinclear Tousey . . 70
Intravenöse Salvarsananwendung, von George A. Holliday. 70
Erfahrungen mit Salvarsan, von A. J. Caffrey 70
Klinische Beobachtungen bei Anwendung von Salvarsan, von Edward H. Shields 70
Über die Wirkung des Salvarsans nach den Beobachtungen im Alexanderhospital der Permschen Landschaft, von Meleschko 71
Gegenwärtiger Stand der Radiumtherapie, von W. H. B. Alkins und F. C. Harrison 92

Digitized by Google

Seite

Fall von Thromboses à distance nach intravenöser Salvarsaninjektion, von Clingestein 92
Wenn Salvarsan nicht hilft, von Estil D. Holland 92
Über ein indianisches Pfeilgift nebst Versuchen mit einem aus der Haut von Rana esculenta gewonnenen Gift, von Caspari und Loewi 149
Chronische Vergiftung durch ein Paraphenylendiamin-Haarfärbemittel, von Damianos 150
Trichloressigsäure in der Dermatologie, von M. L. Heidingsfeld 180
Ein Fall von schwerer Quecksilbervergiftung, von Fritz Juliusberg 181
Notwendigkeit der vorherigen Urinuntersuchung bei Salvarvaninjektionen von E. Carcia del Mazo 210
Die Anwendung der Röntgenstrahlen in der Dermatotherapie und einige damit behandelte Fälle, von Sh. Dohi 210
Über intravenöse Salvarsaninjektion, von H. Nakano und A. Takahashi 210
Über einige Nebenwirkungen bei den intravenösen Salvarsaninjektionen nebst kurzer Bemerkung über die Technik, von S. Inouye 210
Über die Wirkung des Salvarsans auf einige Hautkrankheiten, von S. Watanabe 211
Über die subkutane Infusion des Salvarsans, von M. Mine und G. Maki 211
Über die Behandlung einiger Hautkrankheiten mit Kochsalzinfusion, von Y. Fujitani 211
Die Chemie der Haut nach den neuen Arbeiten von Unna und seinen Mitarbeitern, von A. Civatte 233
Die Dosierung von Salvarsan, von Leredde 235
Die Herstellung der alkalischen Salvarsanlösung, von Fouquet und Pépin 237
Nebenerscheinungen bei Salvarsan. Statistik über 468 intravenöse Injektionen, von Leredde und Kuenemann 237
Mesothorium von W. Friedländer 290
Hautkrankheiten und Kosmetika, von G. Pernet 296
Über die Vorurteile gegen Schminken, Haarentfernungs- und Haarfärbemittel, von R. Sabouraud 296
Zu Sonnenkuren, von W. Winternitz 296
Das Licht in der Kosmetik, von Kromayer 297
Ein neuer Schutzverband bei der Lichtbehandlung der Hautkrankheiten, von M. Fürst 297
Bogenlicht in der Medizin, von A. D. Rockwell 297
Beiträge zur physiologisch-pathologischen Wirkung und therapeutischen Anwendung der Radiumstrahlen, von Anna Tarapani 297
Über Radiumbehandlung, von Adolf Kozerski 298
Die biologische Wirkung des Radiums, von W. A. Pusey 298
Radium, seine Heilwirkung bei Mäusekrebs (Adeno-Carcinoma), von H. Lawrence 298
Radium gegen Angiome, von Achille Breda 298
Über die Wirkung weicher Strahlen, von Frank-Schultz 298
Über gleichmäßige Röntgenbestrahlung größerer Hautbezirke, von R. Koppel und Anhang zur Koppelschen Arbeit, von Levy-Dorn 298
Über ein direkt zeigendes elektrisches Röntgenstrahlen-Energiemeter, von Carl Beez 298
Exakte Dosierung therapeutischer Voll- und Teildosen und praktische Eichung einer Röntgenröhre, von Fr. Klingelfuß 298
Über die Methode von Klingelfuß für die Messung der Quantitäten der X-Strahlen, von A. Jaubert de Beaujeu 298
Über die Röntgenstrahlendosierung, von R. Fürstenau 298
Das Qualimeter, von Heinz Bauer 299
Die Gefahren der Röntgentherapie der Hautkrankheiten, von F. Zinsser 299
Die unipolare Arsonvalisation der Haut als Vorbehandlung nachfolgender Röntgenbestrahlung, von C. Kaestle 299
Adrenalinanämisierung als Hautschutz in der Röntgentherapie, von K. Reicher und E. Lenz 299
Eine neue Hochfrequenzelektrode, von Felix Davidson 299
Die Prinzipien der Vakzinetherapie, von Hans Reiter 299
Arsen in der Dermatologie des praktischen Arztes, von Edmund Saalfeld 321
Die lokale Behandlung der Entzündung oberflächlicher Hautschichten, von Ludwig Török 323
Die osmotische Auslaugung des Inhaltes intakter Hornzellen, von P. G. Unna und Merian 323
Über eine Emulsion aus Seife als Mittel zur Haarpflege, von Pohl 325

Digitized by Google

Seite
Folgen des Vertrauens in die Salvarsanbehandlung, von Broquin 330
Der konstante Strom bei bullösen Dermatosen, von J. Peyri 332
Die Vakzine- (Bakterine-) Therapie in Nordamerika, von C. T. Noeggerath . . . 332
Die praktische Anwendung von Bakterienvakzine, von Martin J. Synnot 332
Resultat der Vakzinebehandlung in zwei Fällen, von C. L. Mc Donald 333
Über Vakzinetherapie einiger Hautkrankheiten und Tripperkomplikationen, von Leon Feuerstein 333
Über Vakzinetherapie, von G. Arbour Stephens 334
Beiträge zur Hefetherapie, von L. Ritter v. Korczynski 334
Aderlaß und Kochsalzinfusion in der Dermatologie, von Julius Simon 334
Der Kohlensäureschnee in der Behandlung der Dermatosen, von Marcel Beix . . 334
Die feste Kohlensäure in der Dermatologie, von J. Méneau. 335
Die Technik der Kohlensäureschneebehandlung bei Hautkrankheiten, von Arthur Strauß 335
Dünne Stifte von Kohlensäureschnee für die allgemeine Praxis, von J. A Swindale 335
Die therapeutische Wirkung von Kohlensäureschnee, Methoden der Gewinnung und der Anwendung derselben, von J. Hall-Edwards 335
Anatomische und klinische Beiträge zur Behandlung der Angiome und Nävi mittels Kohlensäureschnee, von Albert Salomon 335
Neuralgie nach Gebrauch fester Kohlensäure, von L. F. Ochs 335
Zur physiologischen Wirkung der Kohlensäurebäder, von Goldscheider 336
Die plastische Massage in der Behandlung der Hautkrankheiten, von Lucien Jacquet 336
Über Thierschsche Hautverpflanzung, von Emil Schepelmann 336
Die Einwirkung des Alkohols auf gewisse Hauterkrankungen, von L. D. Bulkley 536
Persönliche Erfahrungen mit reiner Reisdiät bei akuten entzündlichen Erkrankungen der Haut, von Duncan Bulkley 336
Weitere Mitteilungen über das elastische Heftpflaster, von H. Bardach 337
Untersuchungen über die Prädispositionen der Organe bei Psoriasis und die Bekämpfung ihres Krankheitserregers, von Carlo Martegiani 354
Über „trockene“ oder „Milchcreme“, von J. Csillag 356
Über das entzündungserregende Pulver des japanischen Nutzholzes „Tagayasan“. von K. Iwakawa 337
Zirkulation und Transformation des Quecksilbers im Organismus, von Desmoulières 357
Ein Fall von merkurieller Idiosynkrasie, von Burnand 358
Durch Einreibung von Quecksilberfett hervorgerufene Todesfälle, von E. Telletár 358
Die Gefahren der Karbolsäuresalbe in tropischen Gegenden, von J. C. Dalmahog-Allan 359
Einfluß der Technik der Injektionsmethoden auf Remanenz und Wirkungsweise der Hg- und As-Präparate, von Karl Ullmann 359
Physikalisches und Pharmakologisches über Eisen-Arsenquellen von Levico-Vetriolo, von H. Kionka 359
Experimentelle Untersuchungen über die pharmakologische Wirkung des Salvarsans, von Luigi Ferrannini 359
Das Verhalten des Salvarsans im menschlichen Körper, von Gustavo Raimoldi 360
Zur Kritik der Ansichten über die Entstehung des Salvarsanfiebers, von L. Arzt und W. Kerl 360
Einfluß des Salvarsans auf die Leukozytenformel, von W. L. Yakimoff 360
Toxikodermien im Anschluß an Salvarsaninjektionen, von Vincenzo Fisichella 361
Über Spätexantheme nach intravenösen Salvarsaninjektionen, von W. Heuck . . . 361
Zerebrospinalmeningitis als Rezidiv nach Salvarsan, von E. Oberholzer 361
Augenstörungen nach Salvarsaninjektionen, von Rochon Duvigneaud 361
Der Einfluß von Mikrobien auf die Wirkung des Salvarsans, von W. L. Yakimoff und N. Kohl-Yakimoff 362
Wie soll man Salvarsan zur Injektion präparieren und wieviel soll man injizieren? von Emery 362
Über Salvarsan, von P. Ehrlich 362
Über Salvarsan, von Elias Friedberg 363
Salvarsan, von James S. Mc Lester 363
Zur Salvarsanfrage, von Leredde 363
Über den jetzigen Stand der Salvarsanbehandlung nichtluetischer Krankheiten, von Friedrich Becher 363

Digitized by Google

Seite
Die Verabreichung des Salvarsans per rectum, von Geley 363
Zur Einführung des Salvarsans durch das Rektum, von Bagrow 363
Über „Joha", ein 40%iges Salvarsanöl, von Carl Schindler 364
Über die rationelle Methode der intramuskulären Einspritzung ätzender Mittel, speziell des Salvarsans, von J. Halpern 364
Erfahrungen über die therapeutische Wirksamkeit der Arsoferrin-Tektolettes, von K. Schleyen 364
Beiträge zur Wundbehandlung mit Bolus alba, von W. Liermann 364
Über eine rationelle Methode der intramuskulären Einführung scharfer Mittel, speziell des Salvarsans, von Halpern 381
Dosierung und Kontraindikationen des Hektins; Vorsichtsmaßregeln zur Konservierung der Ampullen und Lösungen, von F. Balzer 383
Seh- und Hörstörungen nach Gebrauch von Hektin, von Gilbert Ballet und C. Hischmann 383
Die Schädlichkeit des Hektins für den Nervus acusticus, von Duhot 383
Über Jodausscheidungen bei gesunden Menschen, von Herzfeld und Haupt . . . 383
Methode zu therapeutischer Anwendung von Jod in statu nascendi in den Geweben, von Axel Reyn 383
Zwei Fälle von Jodfieber, von A. Konried 384
Mitteilung zu dem Aufsatze: „Zwei Fälle von Jodfieber", von Solmsen 384
Über Jodozithin, von P. Müller 384
Erfahrungen mit Jodival, von Bayer 384
Meine Erfahrungen mit Jodival in der dermatologischen Praxis, von Pohlmannn 384
Jodostarin, ein neues organisches Jodpräparat, von C. Bachem 384
„Innerliche Reinigung" in der Dermatologie, von G. C. 384
Die Wirkung des Schwefels auf die Haut, von L. Golodetz 385
Über die Behandlung des Epithelioms, des Lupus usw. mit Thoriumpaste, von L. D. Bulkley 385
Über die hämolytische Wirkung des Sublimats, von Sh. Dohi 385
Über die Wirkung der Wässer von Vichy bei den „dermatoses diathésiques", von Louis Nicola 385
Eine bisher unbeachtetete Verwendung des Yohimbins, von Gustav Fritzsch . . 386
Ein Jahr Salvarsan, von Queyrat 409
Über epileptiforme Anfälle nach Salvarsan, von F. Lesser 441
Über Vakzinetherapie, von Stanislaw Serkowski 446. 447
Zur Frage über chronische Schleimhautkatarrhe und deren Behandlung, von Averbuch 465
Die Behandlung von Narbengewebe, von W. Knowsley Sibley 467
Klinische Erfahrungen über Tetrodotoxin (Tahara), von S. Inouye und T. Kinoshita 532
Die praktische Verwendung von Eucerin als Salbengrundlage, von E. Unna 598
Ein Jahr Erfahrungen mit Salvarsan, von Pascal 599
Salvarsan und postoperative Hämorrhagien, von Albert Mouchet und Bricout 600
Chirurgische Behandlungsmethoden der Haut, von Leonard C. Frescoln 623
Kapillarer und venöser Kreislauf und Hautkrankheiten, die ihren Ursprung in einer Störung dieser Gefäße und in Blutveränderungen haben, von R. E. Mc Vey 623
Neue einfache Methode der Salvarsananwendung, von George Knowled Swinburne 624
Salvarsan, von J. W. Miller 624
Zur Behandlung der Nagelerkrankungen mit X-Strahlen, von Tschernogubow . . 652
Ein Fall von verspäteter Reaktion nach intravenöser Salvarsaneingießung, von W. Pospelow 652
Doppelläufige Kanüle Atherma 681

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

Fall von tropho-neurotischer (?) Ablösung der Nägel, von F. P. Weber 29
Fall von Erythema nodosum, von Lesser 32
Über einen Fall von „Purpura annularis teleangiectodes", von Radaeli 34
Über Salvarsanexantheme, von S. Watanabe und Y. Fujitani 37

Digitized by Google

Seite
Ungewöhnlicher Fall von Urtikaria, von Edmund Meyers 70
Die bullösen Antipyrinexantheme in der Mundhöhle, von J. Nicolas und H. Moutot 125
Die Ätiologie der Pellagra im Licht der älteren und neueren Anschauungen von Karl Ruehl 143
Fall von Hämorrhagie an der Matrix und dem Nagelbett der Fingernägel, von J. M. H. Mac Leod 208
Pellagra und pellagroides Erythem, von Brault 237
Erythromelie, von Ledermann 289
Oedem des Gesichts (symmetrische Elefantiasis), von W. A. Pusey 321
Zirkumskripte Dermatoanämien (Leukischämien), von Hans Vörner 323
Kasuistik über Angioneurosen, von F. Harbitz 386
Erzeugung von aktiver Hyperämie vermittels einer Wärmekompresse, von A. v. Borosini 386
Dauernde intensive Rötung beider Handflächen, von Apert und Leblanc 386
Ein durch Chinin erzeugter skarlatiniformer Ausschlag, von D. O. Williams . . . 386
Über einen Fall von sogenanntem „Lupus pernio" mit besonderer Berücksichtigung seiner Beziehung zur Tuberkulose, von Wilhelm Hilgers 386
Über das Wesen der Beziehungen zwischen den Erythemen und Gelenkaffektionen, von A. E. Garrod 387
Mit Pferdeserum geheilte Schwangerschaftstoxikose, von R. Freund 387
Beiträge zur Klinik der Serumkrankheit der Haut und Schleimhaut, von F. Rossmann 387
Über die im Verlaufe von 16 Jahren an der Universitätskinderklinik der Königlichen Charité beobachteten Serumkrankheiten, von Oskar Müller 388
Spätserumexanthem abklingend, mit Herpes Zoster, von Friedrich Kanngiesser 389
Ein Fall von Arzeneiexanthem, von Ferdinand Schütz 389
Pellagröse Symptome, beim Huhn experimentell erzeugt durch Verfütterung von Mais, der durch ein spezifisches Bakterium verdorben war, von C. C. Bass . . 389
Einfluß der Maisernährung und des Sonnenlichtes auf Mäuse in Zusammenhang mit der photodynamischen Theorie der Pellagra, von Pietro Rondoni 389
Die Ätiologie der Pellagra, von K. H. Beall 390
Sambons neue Theorie der Pellagra und ihre Anwendung auf die Krankheit in Georgia, von Stewart R. Roberts 390
Über einige Fermentwirkungen bei der Pellagra, von L. Preti und L. Pollini . . 390
Einige Versuche über die Komplementbindung bei Pellagrösen, von A. Lui und M. Baccelli 390
Untersuchungen über das Blutserum der Pellagrösen, von Pietro Rondoni 390
Urinuntersuchungen bei Pellagrösen, von Emilio Mai und Giovanni Gatti . . . 391
Ein Fall von Pellagra im Kindesalter, von A. Fritz 391
Klinischer Bericht über einen Fall von Pellagra, dem ersten aus Michigan, von B. N. Colver 392
Ein Fall von Pellagra, von Thompson Fraser 392
Pellagra im staatlichen Hospital von Peoria, Illinois, von J. F. Siler und H. J. Nichols 392
Ein Fall von Pellagra in Illinois, von W. F. Waugh 392
Ein Fall von Pellagra, von M. B. Hartzell 392
Persönliche Erfahrungen mit einigen Fällen von Pellagra, von Paul V. Anderson 392
Einige Bemerkungen zur Behandlung der Pellagra, von Geo. M. Niles 393
Pellagra und Nahrung, von G. A. Zeller 393
Diät bei Pellagra, von George M. Niles 393
Natrium Cacodylicum bei vier Fällen von Pellagra, von J. O. Elrod 393
Arsazetin in der Therapie der Pellagra, von Sormani 393
Behandlung der Pellagra mit Salvarsan, von Parks M. King und A. J. Crowell . 393
Das Salvarsan bei der Pellagra, von Gil und Casares 393
Ein Fall von Exanthema vegetans ex usu jodi, von Lanz 394
Bromoderma beim Säugling, von Zech 394
Über einen Fall von Erythema faciei perstans tuberkulösen Ursprungs von Meschtscherski und Grintschar 394
Das Ödem im Lichte der Kolloidchemie nach Martin H. Fischer, von Felix Marchand 394
Über nephritisches Ödem, von Paul Schmid und Schlayer 394
Über das Vorkommen von allgemeinem subkutanem nicht renalem Ödem bei mehreren Familienmitgliedern, von F. H. Edgeworth 394

Digitized by Google

Seite
Pathogenese der dyskrasischen Ödeme, von Debove 395
Über Salzödeme bei älteren Kindern, von F. Hamburger 395
Über einen Fall von Oedema durum traumaticum oder morbus Sécrétan, von E. Pellegrini 395
Beobachtungen über toxische Wirkungen von Aspirin, von A. Brown 395
Ein Fall von Urtikaria, verursacht durch Sonnenstrahlen, von B. F. Ochs 396
Purpura, von J. S. Thacher 396
Purpura, von Daniel Elliot und H. S. Martland 396
Erythema pellagrosum und Erythema solare, von Piér Luigi Fiorani 408
Telangiektasien bei Kindern in Verbindung mit lange währender, schwächender Diarrhöe, von Greaves Fearnsides 408
Sogenannte hysterische Ulzeration der Schleimhaut, von Gougerot, Pietkiewicz und Detape 411
Zur Kasuistik des angioneurotischen Ödems, insbesondere des paroxysmalen angioneurotischen Lungenödems, von André Jeanneret 414
Elephantiasis non-parasitica, von W. G. Thompson 415
Ein seltener Fall von Purpura haemorrhagica, von G. Stümpke 415
Ein schwerer Fall von Purpura haemorrhagica, von L. Wolfer 415
Purpura haemorrhagica nebst Bericht über einen atypischen Fall, von A. G. Matthews und H. P. Carpenter 415
Nervöse und abdominelle Störungen bei Purpura. Ihre gemeinsame Urache: Ödem, von Bousrez 415
Über die abdominellen Erscheinungen im Verlaufe der Purpura, von A. Lavallée 416
Ein Fall von primärer Purpura mit dem Henochschen abdominalen Symptomenkomplex, von F. Rossi 416
Ein unklarer Fall, ähnlich Henochs Purpura, von Bertram C. A. Leeper 416
Die verschiedenen Formen von Purpura, von R. Lutembacher 416
Über eigentümliche herdförmige Degenerationen der Thyreoideaepithelien bei Purpura eines Neonatus, von Charles A. Pettavel 416
Purpura durch Venenstauung hervorgerufen, von E. Weill und J. Chalier 417
Purpura haemorrhagica nach Fibrolysininjektionen, von Kurt Friedmann 417
Behandlung der kongenitalen Hämophilie und der Purpura mit Injektionen von Pepton Witte, von Nobécourt und Tixier 417
Infantiler Skorbut im Beginn, von A. Broca 417
Über Salvarsanbehandlung bei Skorbut, von M. Tuschinsky und G. Iwaschenzow 418
Über Stauungsblutungen in der Haut, von F. W. Strauch 418
Hämatologische Untersuchungen in einem Fall von Werlhof, von S. Maggiore . . 418
Über Ertaubung nach Morbus Werlhofii, von Güttich 418
Studien über die Pellagra, von V. Babes 465
Spezifische Behandlung der Pellagra, von E. H. Martin 624
Jododerma tuberosum fungoides, von W. Pospelow jun. 648
Bromoderma, von Tschernogubow 648
Drei Fälle von Bromoderma tuberosum vegetans aut papillomatosum, von Kudisch 653
Ein durch kalkige Entartung komplizierter Fall von Raynaudscher Krankheit, von H. Davis 707
Fälle von paarigen Zervikalrippen in Verbindung mit vaskulären, an die Raynaudsche Krankheit erinnernden Erscheinungen, von E. G. Fearnsides und J. H. Sequeira 708
Fall von Xantho-erythrodermia perstans, von G. Pernet 708

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Fall von Dermatitis artefacta, von E. G. G. Little 208
Artefizielle Exantheme, von Arthur F. Bernhard Shaw 217
Hauterkrankungen von Arbeitern in Tischlereien und Sägewerken 217
Die durch das ostindische Satinholz („Chloroxylon Swietenia") erzeugte Dermatitis, von J. Th. Cash 217
Universelle Ausschläge von ungewöhnlicher Art als Folge von Resorptionsvorgängen bei Anwendung eines Belladonnapflasters und der Einträufelung von Atropin ins Auge, von F. C. Knowles 218
Zur Kenntnis der Schädigung der Haut durch Röntgenstrahlen, von Paul Krause 218

Digitized by Google

Seite
Karbolgangrän, von Everett J. Brown 219
Fingergangrän durch fünfprozentige Karbolsalbe, von F. F. Schussler und M. A. Stern 219
Multiple artefizielle Hautgangrän, von Georges Thibierge 219
Beiträge zur Kenntnis der Primel-Dermatitis, von Friedrich Kanngießer . . . 219
Über Folgen von Sonnenbestrahlung, von Fr. Kanngießer 219
Die durch elektrische Ströme hervorgerufenen Verbrennungen, von Ch. Lenormand 219
Klinische Untersuchungen über das Röntgenerythem, von Erich Rominger . . . 241
Lichtschädigungen der Haut und Lichtschutzmittel, von Mannich 243
Lichtschädigungen der Haut und Lichtschutzmittel, von Leopold Freund 243
Lichtschädigung der Haut und Lichtschutzmittel, von C. Mannich 243
Radiodermatitis am Bauche, von Navarre 265
Intensive Verbrennungen der Vorderfläche des Halses, der Brust und eines Teils der seitlichen und hinteren Flächen des Halses usw., von E. F. Travers und D. F. Maunsell 265
Thiosinamin in der Behandlung von Verbrennungsnarben, von J. Ewing Mears . 265
Nachtrag zu einem Fall von artifiziellem Hautausschlag, von F. P. Weber 445
Beitrag zur Kenntnis der Röntgenverbrennungen, von Felix Loeb 597

II. Neurotische.

Zoster und Herpes als Nebenwirkung des Salvarsans, von Serrano und Saint de Aja 37
Dermatis herpetiformis Dühring, von Preobrashenski 68
Beitrag zum Studium des Pemphigus vegetans (Neumann), von Carlo Bottelli . 146
Ein Fall von Pemphigus vegetans, von George Pernet 183
Ein Fall von Dermatitis herpetiformis hypertrophica et vegetans, von Petrini de Galatz 235
Zirzinnäres, zentrifugales Erythem, von Coyon und Gougerot 236
Zur Ätiologie der Hydroa aestivalis, von Alfred Perutz 265
Ein Fall von ausgedehntem Herpes, von G. Williams 265
Der paralytische Zoster der Hirnnerven und die Theorie der akuten Poliomyelitis posterior, von Henry Claude und H. Schaeffer 266
Herpes Zoster in Verbindung mit Nierenveränderungen, von M. Krotoszyner . . 266
Kasuistischer Beitrag zur Lehre vom Herpes Zoster mit Viszeralneurologie, von J. Stein 266
Herpes Zoster, akute Poliomyelitis und Zincum phosphoratum, von Wm. F. Waugh 266
Ein operativ geheilter Fall von traumatischer reflektorischer Trophoneurose der Hand, von P. Sudeck 266
Kritische Studie über das Erythema polymorphum und die polymorphen Dermatitiden, von L. Brocq 327
Ein Fall von Herpes zoster bilateralis der oberen Extremitäten, von E. Klausner 407
Fall von Duhringscher Krankheit oder Erythema exsudativum perstans, von F. Lesser 437
Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica, von R. Matzenauer und R. Polland . . 528
Salvarsan ohne Wirkung bei Erythema multiforme, von L. Ellis Glasgow 678
Fall von Dermatitis herpetiformis, von M. Morris 708

III. Infektiöse Entzündungen.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a) Akute Exantheme.

Gangränöse Varizellen, kompliziert durch Irido-Chorioiditis, von Henry A. Bernstein 264
Ein Vortrag über einige Momente von klinischer Bedeutung in bezug auf die exanthematischen Erkrankungen, von S. Phillips 418
Die Ohrenkomplikationen der akuten Exantheme, von Truman Laurance Saunders 419
Der experimentelle Scharlach, von A. Gouget 419
Scharlachimpfung auf niedere Affen, von J. Gautacuzène 419
Experimentelle Untersuchungen über die Scharlachätiologie, von G. Bernhardt 419
Versuche der Scharlachübertragung auf den Schimpansen, von Landsteiner, Levaditi und Prašek 419
Versuche der Scharlachübertragung auf Affen, von L. Hektoen und G. H. Weaver 419
Zytologische Blutuntersuchungen bei Scharlach, von O. Roth 419

Digitized by Google

Seite
Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach, von Prof. Döhle 420
Versuche, Scharlach auf Affen zu übertragen, von K. Landsteiner, C. Levaditi und E. Prašek 447
Scharlach. Vorläufige Mitteilung über einen spezifischen Mikroorganismus als Erreger des Scharlach, von A. E. Vipond 448
Beiträge zur Diagnostik und Prophylaxis der Scarlatina occulta, von M. L. Vladar 448
Das himbeerfarbene Aussehen der Zunge ist kein für Skarlatina pathognomonisches Zeichen, von Vladimirow 450
Ein Fall von Scharlachrezidiv, von J. P. Grozer Griffith 450
Scharlach als Komplikation von Schwangerschaft, Entbindung und Puerperium, von Samuel Herzstein 450
Das Herz des Kindes bei Scharlach, von Barré 450
Zum unvorhergesehenen Tode bei skarlatinöser Myokarditis, von B. Weill und G. Mouriquaud 451
Zur Frage der Scharlachnephritis, von C. Leede 451
Über die Folgen der Scharlachnephritis, von J. Stroink 451
Untersuchungen über die Meyersche Reaktion bei skarlatinöser Nephritis, von Robert Chys 451
Fünftägige Anurie nach Scharlach bei einem $3^1/_2$jährigen Knaben, von W. Northrup 451
Zur Frage über die Scharlachvakzination und Anginen, von G. E. Wladimiroff. 451
Antibakterielle Behandlung der septischen Rhinitis beim Scharlach und Bericht über 100 derartige Fälle, von J. A. Kolmer und P. G. Weston 452
Untersuchungen über Komplementbindung bei Scharlach und Masern, von J. Kappel 452
Die Methode von Milne. Behandlung und Prophylaxe der Masern und Skarlatina ohne Isolierung, von Gaullieur L'Hardy 452
Experimentelle Masern beim Affen, von Ludwig Hektoen und H. E. Eggers . 468
Die Zeitdauer der Infektion des Blutes bei Masern, von John F. Anderson und Joseph Goldberger 468
Masernvirus in den Sekreten der Rachen- und Nasenhöhle, von Joseph Goldberger und John F. Anderson 468
Das Masernvirus, von Joseph Goldberger und John F. Anderson 468
Masern und Tuberkulose, von Gazeau 468
Die Behandlung und Verhütung von Masern, von R. Milne 469
Meningitis im Gefolge von Masern, von C. A. Basker 469
Die Therapie der Masern und der Bronchopneumonie, von A. Baginsky 469
Masern und Röteln: Charakteristika der gegenwärtigen Epidemie in Philadelphia, von M. Ostheimer 469
Rubeola oder Masern? von D. W. C. Hood 469
Ein Fall von Röteln mit Tonsillitis und nachfolgender letaler Purpura haemorrhagica, von E. Stratford 469
Zur Ätiologiefrage des Flecktyphus, von I. Lewin 469
Über Varizellen. Nach Beobachtungen auf der Züricher medizinischen Klinik, von G. Elmiger 470
Varizellen bei Erwachsenen, von Peter Misch 470
Varizellen und Scharlach, von Rousset 470
Ein Fall von Streptokokkensepsis mit purulentem Ödem nach Varizellen, von K. Blühdorn 470
Variola und Vakzination, von Herbert W. Knight 470
Über die Anwendung des Salvarsans bei drei Fällen von Variola vera, von Lenzmann 470
Über die Komplementbindungsreaktion bei der Variolois und der Variola vera, von D. Kryloff 470
Die weißen Pocken, von Gaullier-L'Hardy 471
Pockenschutz und Impfschutz, von Flinzer 471
Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1910, von L. Stumpf 471
Der gegenwärtige Stand der Impffrage, von H. Böing 471
Impfung in den Philippinen, von Robert Olesen 471
Gelungene Reinkulturen des Cytorrhyctes vaccinae, von J. Siegel 472
Resultate der frühzeitigen Vakzination der Neugeborenen, von Cyrille Jeannin. 472
Schutzpockenimpfung mit Bezug auf Lebensversicherung, von W. H. Jalland . . 472

Digitized by Google

Seite
Über einen eigentümlichen Verlauf von Impfpusteln, von Meder 472
Zur Kenntnis der sekundären Impfverletzungen des Auges, von R. Hilbert . . . 473
Über Versuche zur Desinfektion des Impffeldes, von Hillenberg 473
Wie die Impfgegner arbeiten, von Siefart 473

b) Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Zur Behandlung der Lepra mit Salvarsan, von Troitzkaja 71
Kann man dem Antileprol eine spezifische Wirkung auf die Lepra zuerkennen, von Fr. Engel Bey 178
Heredität der Lepra, von G. Armauer Hansen 180
Statistisches über Lepra, von H. P. Lie 182
Bemerkungen zur Ätiologie der Lepra, von W. Turner 208
Bemerkungen über die Übertragung der Lepra, von E. C. Long 210
Über die Übertragung der Lepra, von F. Lindsay-Sandes 210
Leprabazillen im Zirkulationsblut der neugeborenen Kinder von Leprösen, von T. Sugai und I. Mononobe 211
Lepra und Salvarsan, von E. Jeanselme 235
Behandlung der Lepra mit Salvarsan, von Brault 235
Die Lepra in den südamerikanischen Kolonien und ihre Gefahren für Italien, von Bertarelli 267
Die Lepra in Brasilien, von Toffoli Clemente 267
Die Lepra in Kolumbien, von E. Feindel 267
Der Kampf mit der Lepra in Kurland im Jahre 1910, von J. Sadikoff 267
Bericht der Gesundheitsbehörde von Neusüdwales über die Lepra im Jahre 1908, von Ashburton Thomson 267
Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse über die Bakteriologie und Ätiologie der Lepra, von E. Jeanselme 267
Eine Theorie über die Entstehungsweise der Lepra, von John Atcherley 267
Über die experimentelle Übertragung der Lepra, von R. Stanziale 268
Der Modus der Übertragung der Lepra, von T. L. Sandes 268
Beitrag zur Frage von der Übertragung der Lepra, von G. C. Long 268
Bemerkungen über die Kultur und die Übertragbarkeit des Leprabazillus, von V. Babes 269
Die relative Krebsimmunität der Leprakranken. Die Sekundärinfektionen. Kachexie, von Munch-Soegaard 269
Die oberen Luftwege bei den Leprösen des Memeler Lepraheims, von G. Cohn . 269
Die Wassermannsche Reaktion bei Leprösen, von Lewin 270
Lepra und Karzinom, von S. Bjarnhjedinsson 270
Beitrag zum Studium der Leprapropliylaxe in Tonkin, von Audran 270
Lepra. Neue Anschauungen über Bakteriologie und Behandlung der Lepra, von T. S. B. Williams 270
Ein mit Salvarsan behandelter Leprafall, von Pokrowski 270
Salvarsan bei Lepra, von F. A. de Verteuil und F. L. Verteuil 271
Die bisherigen Ergebnisse der Leprabehandlung mit Nastin, von G. Deycke . . . 271
Die Behandlung der Lepra, speziell mit Hilfe des Antileprols, von Engel Bey . . 294
Das Alter der Lepra, der Syphilis und der Tuberkulose, von Demetrius Zambaco Pascha 324
Über die belgischen Leprosorien im Mittelalter, von Leon Dekeyser 325
Zur Behandlung der Lepra (Ol. gynocardiae, Nastin), von Krikliwy 381
Die Kultur des Leprabazillus und die Behandlung mittels Lepravakzine, von E. R. Rost 466
Die Kultur des Leprabazillus, von T. S. Beauchamp Williams 466
Die Sero-Reaktion nach Wassermann bei Kaninchen nach Lepra-Impfung in die vordere Augenkammer, von Albert Derra 466
Die Erblichkeit der Lepra, von G. Armauer Hansen 466
Acht Fälle von Lepra, von J. E. Engstad 467
Tierversuche mit Lepragewebe, von H. Nakano 532
Beginnende Lepra? von Gaucher, Gougerot und Bricout 728

β. Tuberkulose.

Über zwei Fälle von papulonekrotische Tuberkulid, von Carlo Coppolino 35
Experimentelle Studien über Lupuseinimpfung beim Meerschweinchen, von Stanziale 145

Digitized by Google

Seite
Über Lupus follicularis disseminatus, von Bruusgaard 178
Lupus miliaris, geheilt durch Neutuberkulin, von Ernst Delbanco 178
Weitere Mitteilungen zur Reaktion des Lupus vulgaris nebst Beiträgen zur Therapie desselben durch Salvarsan, von K. Herxheimer und Karl Altmann 180
Beitrag zur Histologie der Hauttuberkulose, von Josef Kyrle 182
Tuberkulide bei einem 5jährigen Mädchen, von J. H. Sequeira 208
Tuberkulöser Schanker des Kinnes, von Milian 233
Behandlung des Lupus vulgaris der Haut und der Schleimhaut mit dem kaustischen Leime nach Boeck, von F. Balzer 234
Lupus des Gesichtes und des Thorax. Heilung durch heiße Luft, von Paul Ravaut 236
Verschiedene Hauttuberkulosen: Lupus pernio der Hände, Nase und Ohren; Lupus erythematosus squamosus der Hände, Ohren und des Halses; papulonekrotische Tuberkulide der Arme, von Coyon und Gougerot 236
Verhandlungen der dritten Sitzung des Lupusausschusses des deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, von Nietner 271
Bericht über die Tätigkeit der Lupuskommission im Jahre 1910 und Rechnungslegung, von Nietner 271
Über die Erfolge der Lupusbekämpfung in Dänemark, von Forchhammer 271
Die Behandlung des Schleimhautlupus, von F. Wichmann 272
Die Behandlung des Lupus und der Schleimhauttuberkulose mittels Diathermie, von Nagelschmidt 272
Erfahrungen mit Radium und Mesothorium in der Lupusbehandlung, von F. Wichmann 272
Die Toxinempfindlichkeit der Haut des tuberkulös infizierten Menschen, von K. Zieler 273
Über disseminierte Hauttuberkulosen im Kindesalter, von Carl Leiner und Fritz Spieler 273
Über Hauttuberkulide und deren Bedeutung für die Diagnose der Tuberkulose, von J. Leyberg 273
Vergleichende serologische Untersuchungen bei Tuberkulose und Syphilis, von Rudolf Mueller und Erhard Suess 273
Über einen Fall von Tuberkulose der Haut und des Unterhautzellengewebes (Lymphangitis tuberculosa) mit vorwiegend nervösem Charakter, von Josef Heitmeyr 274
Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis und tuberkulöser Lymphangitis, hervorgerufen durch Rindertuberkelbazillen, von Heuser 274
Statistik der Lupusbehandlung, von Fritz Loeb 274
Fälle von Larynxlupus, von J. Safranek 275
Zur Behandlung des Lupus mit Röntgenstrahlen, von Ch. L. Leonard 275
Die Sonnenbehandlung der Tuberkulose, von Marc 275
Lupus miliaris faciei, von Ledermann 290
Folliklis, von Ledermann 290
Lupus miliaris, von Arndt 290
Fall von atrophischem Tuberkulid, von J. L. Bunch 291
Kasuistische und histologische Beiträge zur Kenntnis der Tuberkulose der Mundhöhle, von M. Miyahara 325. 527
Lupus vulgaris bei einer syphilitischen Patientin, von I. H. Sequeira 326
Lupus vulgaris, von Lewtschenkow 353
Tuberkulose und Tuberkuline, von R. Campana 354
Die Bedeutung von Muchs Granularkörperchen und die Antiforminmethode zur Bestimmung der Ätiologie der sogenannten Tuberkulide, mit spezieller Beziehung auf den Lupus erythematosus, von D. Friedländer 354
Über die sogenannten Tuberkulide, Acne scrophulosorum, Folliklis, Aknitis, von Bosellini 356
Lichenoides Tuberkulid vom Typus des Lichen-Wilson, von P. L. Bosselini . . . 379
Lupus perino der Hände und Vorderarme, Lupus erythematosus vesico-pustulosus im Gesichte. Roseola non syphilitica am Stamme und Halse, von Gaucher, Gougerot und Salin 411
Folliklis, von Fritz Lesser 438
Chilblain-Lupus (Hutchinson) und Lupus pernio, von Siegfried Groß 467
Koexistenz von papulo-nekrotischen Tuberkuliden und Lupus erythematosus, von Robert Bernhardt 529
Die Anwendung der Payrschen Operation bei Gesichtslupus, von Joh. Fabry . . . 530

Digitized by Google

Seite
Lupus pernio der Handrücken bei Lupus erythematosus, von Fokin 648
Behandlung der Lupus vulgaris mit Radium, von Leopoldo Rodriguez F. Sierra 678
Experimentelle Erzeugung der Toxituberkulide der Haut bei empfänglichen und unempfänglichen Tieren, von Jaime Peyri und Juan Soteras 678
Tuberkulöse Gummen der Subkutis und der Knochen bei einem Syphilitiker. Weißes Ödem, von Gaucher, Gougerot und Bricout 728
Aktinomykoseähnliche gummöse Tuberkulose der zervikofazialen Lymphdrüsen, von Gaucher, Gougerot und Bricout 728

γ. Syphilis.

Makulare Atrophie bei einem syphilitischen Patienten, von H. G. Adamson 28
Fall von syphilitischer Autoreinfektion, von J. E. R. Mc Donagh 28
Fall von syphilitischer Affektion des Akustikus, von J. E. R. Mc Donagh 29
Fall von korymbiformem Syphilid, von A. Shillitoe 30
Zwei ungewöhnlich große syphilitische Gummata, von Goldbach 31
Das Salvarsan in der Behandlung der Syphilis, von Pappagallo 35
Das Verhalten der Haut und des Urins bei einigen hereditär-syphiliohämischen Zuständen, von Paolo Filamo 36
Fraktionierte Behandlung der Syphilis mit intravenösen Salvarsaninjektionen, von H. Sampelayo 36
Über die Behandlung der Syphilis der Brustkinder durch Salvarsanbehandlung der stillenden Personen, von Serrano und Sainz de Aja 36
Ein Fall mehr von Reinfectio (superinfectio) syphilitica, von Sainz de Aja 36
Syphilis. Salvarsaninjektion. Rezidiv. Erneute Salvarsaninjektion. Verschlimmerung. Zwei Injektionen von grauem Öl. Beträchtliche Besserung, von H. Sampelayo 37
Die spezifischen Behandlungen, von Felix Domingo Calvo 37
Gegenwärtiger Stand der Diagnose und Behandlung der Syphilis, von Thos. B. Leonhard 69
Salvarsan und Quecksilber bei Syphilis des Auges, von Georg W. Vandergrift 69
Die Wassermann-Reaktion, von Herbert Schoenrich 69
Exzentrizitäten bei Salvarsan, von F. Mc Kelvey Bell 92
Die syphilitischen Erkrankungen der Harnblase, von Asch 93
Zur Frage der Syphilis der Blase, von Pereschiwkin 95
Die Syphilis in der prähistorischen Zeit, von Paul Raymond 102
Ein syphilitischer Schädel aus Südamerika, von David v. Hansemann 102
Zur Geschichte der Venusseuche, von Otto Barensfeld 102
Die Syphilis in der Internationalen Hygieneausstellung zu Dresden, von M. Leibkind 102
Lungentuberkulose und Syphilis, von Robert H. Babcock 102
Die soziale Prophylaxe der Syphilis und die neueren Fortschritte der Syphilidologie, von Bayet und Malvoz 103
Ammenvermittlung, Säuglingsfürsorge und Syphilis, von C. Manchot 103
Ein Fall von Syphilis d'emblée, von J. S. Covisa 103
Über den Sitz der primären Invasion der Syphilis, von H. Hallopeau 103
Über den syphilitischen Schanker beim Kinde, von A. Manne 103
Eine Epidemie von Lippenschankern durch Küssen, von Jay F. Schamberg . . . 103
Primäraffekt am unteren Augenlide, von Rollet und L. Grand-Clement 103
Zur Kenntnis des syphilitischen Primäraffektes an der behaarten Kopfhaut, von Leonhard Weiß 104
Schanker der Harnröhre beim Manne, von Ch. M. Whitney 104
Primäraffekt am äußeren Ohre, von Massia 104
Reinfectio syphilitica oder Pseudoprimäraffekt? von C. Gutmann 104
Über einen Fall von Reinfectio syphilitica, von Fabry 104
Die experimentelle Übertragung der Syphilis auf Tiere, von Frank 105
Tiersyphilis und Syphiliserreger, von E. Hoffmann 105
Über einen syphilitischen Symptomenkomplex, von J. Mollard, M. Favre und Dufourt 105
Über Impfungen an Affen mit maligner Syphilis, von E. Tomasczewski 105
Neue Syphilisübertragungen auf Kaninchen mit vielen Demonstrationen und Projektionen, von W. Kolle 105

Digitized by Google

Seite

Syphilitische Orchitis beim Kaninchen, hervorgerufen durch Reinkulturen von Spirochaeta pallida, von Hideyo Noguchi 105
Wassermannsche Reaktion und experimentelle Kaninchensyphilis, von F. Blumenthal 106
Über die merkurielle Behandlung der experimentellen Kaninchensyphilis und der brasilianischen Spirillose, von L. Lannoy und C. Levaditi 106
Schaudinns Spirochäte und experimentelle Syphilis, von Thibierge, Ravaut und Burnet 106
Die Laboratoriumsdiagnose der Syphilis, von L. S. Schmitt 107
Spirochaeta pallida und die Diagnose der Syphilis, von Thibierge, Ravaut und Le Sourd 107
Gewebsaffinität der Spirochäten bei sekundärer Syphilis, von Sezary 107
Welche allgemeinen gesundheitspolizeilichen Gesichtspunkte ergeben sich dem Medizinalbeamten für die Anwendung der serodiagnostischen Reaktion auf Syphilis nach Wassermann und des Ehrlich-Hataschen Präparates, von Arlart und Katluhn 127
Einige vorläufige Experimente für eine Hautreaktion zur Syphilisdiagnose, von J. Schoenberg und E. Burchill 127
Über Serodiagnostik der Syphilis, von H. Seiffert 128
Die Serumreaktion bei Syphilis in der forensischen Praxis, von R. Ledermann 128
Über einige Eigenschaften des syphilitischen Blutserums vom immunochemischen Standpunkt, von A. Elfer 128
Studien über das Wesen der Wassermannschen Reaktion, von P. Schmidt 128
Die Wassermannsche Reaktion, von P. Huteau 129
Ein Resümee über 100 Wassermannsche Reaktionen, von John A. Roddy 129
Die Wassermannsche Reaktion und ihre klinische Bewertung, von David Edward Hoag 129
Praktischer Wert der Wassermannschen Reaktion, von Waclaw Kon 130
Die Wassermannsche Reaktion bei Neugeborenen, von Pillon 130
Wassermannsche Reaktion im Blute des Nabelstrangs, im Blute der Mutter und des Kindes nach der Geburt. Ihre Spezifizität bei der hereditären Syphilis. Beziehungen zwischen serologischer Reaktion, klinischer Erscheinung, Parasitologie und anatomischer Alterationen der Eiadnexe, von Alberto Serra und Attillo Gentili 130
Die Prinzipien und die Technik der Wassermannschen Reaktion, von George Gillman 130
Über die Wassermannsche Reaktion, von Leredde und Rubinstein 130
Die praktische Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Therapie der Syphilis, besonders der Spätformen, von A. Plehn 130
Die Syphilis und die Wassermannsche Reaktion im Lichte der Fermenttheorie der Immunität, von Goß 131
Die praktische Verwertbarkeit der Wassermannschen Reaktion bei Lues, Tabes dorsalis und progressiver Paralyse, von Hermann Wischer 131
Über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion in der Rhinologie, von O. Strandberg 131
Der Einfluß der Therapie auf die Wassermannsche Reaktion bei Syphilis, von Ray W. Watson und Mathew A. Reasoner 131
Über Erythema nodosum bei Lues secundaria, von Janson 142
Eigenartiger Fall eines erythematös-knotigen Spätsyphilids, klinisch eine multiple gummöse Sporotrichose vortäuschend, von Giuseppe Verrotti 144
Syphilistherapie und Wassermannsche Reaktion, von H. Gougerot und F. M. Parent 144
Zur Abortivbehandlung der Syphilis, von H. Hallopeau 144
Zur Abortivbehandlung der Syphilis, von Henry Mouton 144
Nervenerkrankungen bei Syphilitikern nach intravenösen Salvarsaninjektionen, von Alfred Lévy-Bing, Roger Voisin und L. Duroeux 144
Zwei neue Mißerfolge der Abortivbehandlung der Syphilis mittels lokaler Hektininjektionen in Kombination mit allgemeiner Jodquecksilberbehandlung, von André Augagneur 145
Über Resorption von Quecksilberpräparaten bei intramuskulären Injektionen, von C. Lombardo 145
Beitrag zum Studium der Meiostagminreaktion bei Syphilis, von Publio Sensini 145

Digitized by Google

Seite

Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Therapie der Syphilis, von Julius Citron 150
Über die Wassermannsche Reaktion bei nichtsyphilitischem Serum und über Lezithin als Antigen, von Ezio Calcaterra 150
Die Vorteile der Verwendung größerer Liquormengen („Auswertungsmethode") bei der Wassermannschen Reaktion für die neurologische Diagnostik, von Alfred Hauptmann 150
Über den Einfluß der Jodkaliumbehandlung auf die Wassermannsche Reaktion, von Enzo Bizzozero 151
Tertiäre Syphilis des Larynx. Injektion von 0,6 Salvarsan, von Hicguet 151
Syphilopyodermitis der Nase und schwere ulzeröse Keratitis interstitialis, geheilt durch überintensive multimerkurielle Behandlung, von Lebar 151
Drei Fälle von Syphilis der oberen Luftwege, mit Salvarsan behandelt, von Hicguet und Fallas 151
Uber syphilitische Erscheinungen im Bereiche der oberen Luftwege, von Fritz Hutter 151
Chronische Pneumonie (nebst einer Besprechung von zwei Fällen von Lungensyphilis), von L. S. Milne 151
Die Lungensyphilis beim Erwachsenen, von G. Massia 152
Lungensyphilis, von J. D. Stanley 152
Hämatologische Untersuchungen über Syphilis acquisita bei Erwachsenen, von Léon Mansillon 152
Latente Syphilis des Herzens und der Aorta, von Henri Pied 152
Über die Syphilis des Herzens und der Aorta, von R. Schmincke 152
Beiträge zur pathologischen Histologie, Genese und Ätiologie der Doehle-Hellerschen Aortitis, von Paul Eich 152
Eigenartiger Befund bei Aorteninsuffizienz infolge von Aortitis syphilitica, von Karl Koch 153
Die Arteriosklerose des Herzens und der Aorta ist oft nur Syphilis, von Fiessinger 153
Die Arteriosklerose in ihren Beziehungen zur Syphilis, von R. Campana 153
Bioptisches Studium der meningitischen Gefäßerkrankung, von Paul Ravaut . . . 153
Über die Venensyphilis mit besonderer Berücksichtigung der Phlebitis syphilitica praecox der oberflächlichen Extremitätenvenen, von Philippe Gaillard . . . 154
Die Magensyphilis, von Albert Mathieu 154
Der Einfluß des Alkohols auf die Reaktion nach Wassermann bei Syphilis, von Charles F. Craig und Henry J. Nichols 154
Nachprüfung der nach Angabe Müllers und Landsteiners modifizierten Methodik der Wassermannschen Reaktion mit nicht inaktiviertem Serum, von Emil Epstein und S. Deutsch 154
Zur vereinfachten Serumreaktion von Wassermann nach v. Dungern, von de Ridder und Marzorati 155
Die Noguchi-v. Dungernsche Modifikation der Wassermannschen Methode der Serodiagnose der Syphilis, von Jules Steinhaus 155
Der praktische Wert der Methode, von Noguchi, von D. O. Robinson 155
Beitrag zur Kenntnis der Reaktion von Porges zur Diagnose der Syphilis, von P. Lhuissier 155
Ein Beitrag zur optischen Serodiagnose der Syphilis nach Jacobsthal, von Walter Kron 155
Die Serodiagnose der Syphilis nach den im Institut Pasteur im Jahre 1910—1911 verzeichneten Ergebnissen, von Levaditi und A. Latapie 156
Über die Brauchbarkeit der Syphilisreaktion nach Karvonen, von Conrad Siebert und Mironescu 157
Eine einfache Technik zur Ausführung der Komplementfixation bei Syphilis, von Alexander Fleming und Frank J. Ellmenger 157
Ein Fall von Syphiloma hypertrophicum diffusum, von Ignaz Bindermann . . . 157
Ein Fall von abdominaler Syphilis, von Godart 157
Gumma der Iris, von Dubreuil 158
Über die Augenhintergrundserkrankungen bei erworbener Syphilis, von Adolf Suter 158
Über zwei Fälle von Strumitis auf luetischer Basis, von Carl Schuster 159
Über uterine Blutungen syphilitischen Ursprungs, von Josef v. Jaworski 159
Die Zungensyphilis, von Gaston Seguinot 160

Digitized by Google

Seite
Merkurielle Stomatitis mit Salvarsan behandelt, von Le Blaye 160
Erbsyphilis und blaue Skleren, von Rolleston 160
Zwecklosigkeit der merkuriellen Behandlung der heredoluetischeu Keratitis, von Fromaget 160
Erbsyphilis der Zunge, von L. Touret 160
Ein Fall von kongenitaler Stenose des Ileums anscheinend syphilitischen Ursprungs, von Frank van der Bogert 160
Ein neuer Fall von heredosyphilitischer Labyrinthitis mit dem Hennebertschen Symptomenkomplex, von Buys 160
Die Knochenaffektionen bei der tertiären Erbsyphilis, von Gaucher 160
Die Röntgendiagnose der kongenitalen Knochensyphilis, von Eugen Fraenkel . . 161
Ostitis und Osteomyelitis luetica des linken horizontalen Unterkieferastes in einem Falle von Lues hereditaria tarda, von Franz Eyles 161
Abnormes Längenwachstum in den langen Röhrenknochen bei hereditärer Lues, von Fritz Blümel 161
Ein Fall von Talalgie syphilitischen Ursprungs, von J. S. Covisa 162
Über die Schwankungen im Verlaufe der Nervensyphilis, von Benario 162
Behandlung der Nervensyphilis und Parasyphilis mit Salvarsan, von Sicard und Bloch 162
Über einige mit Salvarsan erzielte Resultate in der Behandlung von Nervenleiden, von G. Marinesco 162
Beiträge zur Kenntnis des Korsakoffschen Symptomenkomplexes bei Lues cerebri, von Paul Stepanoff 162
Die Erfolge der spezifischen Behandlung der metasyphilitischen Krankheiten des Zentralnervensystems, von Sch. M. Fidelholz 163
Über knötchenförmige syphilitische Leptomeningitis und über Arteriitis syphilitica, von H. Beitzke 163
Die akute syphilitische Meningitis, von Marcel Miriel 163
Akute und subakute Meningitis syphilitica, von N. Goujat 163
Bulbäre Blutung auf luetischer Basis, von C. Reuter 163
Die Ätiologie der Tabes, von A. v. Strümpell 164
Ein Fall von Tabes und Muskelatrophie, von E. L. Hunt 164
Pathogenes der Tabes. Die Meningitis parasyphilitica, von Albert Sézary 164
Beiträge zur frühesten Geschichte der Syphilis im Norden, von Frederik Groen 179
Hat die Untersuchung auf Spirochäte im Nasensekret hereditärsyphilitischer Kinder in diagnostischer Hinsicht eine praktische Bedeutung? von Johann Haavaldsen 179
Über die lokale Behandlung syphilitischer Manifestationen, besonders mittels Hektin, von H. Hallopeau 179
Beitrag zur Frage „Tätowierung und Syphilis", von Wilh. Holland 180
Die Vererbung der Syphilis, von Rudolf Krefting 181
Beitrag zur Kenntnis der Salvarsanwirkung auf die syphilitischen Infiltrate, von Fr. Krzysztalowicz 182
Zur Statistik der tertiären Syphilis, von Meschtscherski 183
Progressive Paralyse, diffuse Zerebralsyphilis oder arteriosklerotische Psychose, von Ch. Ladame 185
Progressive Paralyse, diffuse Zerebralsyphilis oder arteriosklerotische Psychose, von Preisig 185
Beitrag zur Statistik, Ätiologie und Symptomatiologie der progressiven Paralyse, von Richard Süßmann 185
Untersuchungen an Kindern und Ehegatten von Paralytikern, von F. Plaut und M. H. Göring 185
Über allgemeine Paralyse- und Tabesfrühfälle im Gefolge akquirierter Syphilis, von F. Passenaud 185
Zwei Fälle von Poliomyelitis anterior luetica beim Erwachsenen, von A. Zadik . 186
Gibt es eine syphilitische Polyneuritis? von R. Demanche und P.-J. Ménard . . 186
Die syphilitische Polyneuritis, von Pierre-Jean Ménard 186
Syphilis, diphtherische Lähmung, Herpes velo palatinus, von P. Gastinel und A. Pelissier 186
Zur Frage der Abortierung der Syphilis, von Meschtscherski 186
Jodival in der Luestherapie, von Hugo Bayer 186
Die kombinierte Behandlung der Syphilis mit Joha und Quecksilber, von C. Schindler 187

Digitized by Google

Seite
Syphilis des Magens, von Galliard 187
Magensyphilis, von Lion 187
Syphilis der Anorektalgegend, von Lewis H. Adler 187
Syphilis der Eingeweide, von Frank Billings 188
Die syphilitische Natur mancher Darmharnfisteln, von Pierre Delbet 188
Die klinisch-serologische Diagnose der luetischen Nierenerkrankungen, von Richard Bauer 188
Nephritis bei sekundärer Syphilis, von J. Cameron 188
Onychia sicca syphilitica im Verein mit universeller Alopezie (Typus der Alopecia areata), von H. G. Adamson 207
Ein merkwürdiger Fall von Medullarsyphilis, von J. S. Covisa 209
Ein Fall von sekundärer luetischer Nephritis, von E. Garcia del Mazo 209
Behandlung der infantilen Syphilis mit Salvarsan, von Juan de Azua 209
Meralgia paraesthetica bei einem Prätabiker, von J. de Azua 210
Zoster nach Salvarsan, von Alvarez Sainz de Aja 210
Multiple Herpeseruption nach einer intravenösen Salvarsaninjektion, von J. Nonell 210
Über die Bedeutung der Präzipitationsreaktion von Kuorin, von K. Kuboyama und T. Baba 211
Über die extragenitalen Schanker und die Bedeutung von Salvarsan zu Abortivkuren, von K. Miyazaki 211
Über den Einfluß der intravenösen Salvarsaninjektionen auf Nierenleiden, von A. Takahashi und N. Miyabe 211
Über Folgeerscheinungen nach Salvarsan, von Umezu 211
Ein letaler Fall von sekundärer syphilitischer Nephritis; nebst Besprechung, von A. J. Hall und J. M. Beattie 212
Anatomische und histologische Untersuchung eines Falles von tertiärer Nierensyphilis, von Cailliau 213
Spirochätenfund bei tertiärer Syphilis der Niere mit amyloider Degeneration, von Faroy 213
Die Syphilis der Harnblase und der oberen Harnwege, von Michailow 213
Syphilitische Lebergummata beim Erwachsenen, von E. S. Fichot 213
Über einen interessanten Fall von tertiärer Leberlues, von Hans Günther 213
Statistische Beobachtungen über kongenitale Lues, von Leopold Reischig 213
Die gesundheitlichen Lebensschicksale erbsyphilitischer Kinder, von Karl Hochsinger 213
Beitrag zur Frage des ursächlichen Zusammenhanges der Syphilis mit der Idiotie, von E. Kröber 214
Über parasyphilitische Erkrankungen im Kindesalter, von Robert Koenigstein 215
Die kongenitale Syphilis, ihre Erkennung und ihre Behandlung mit Salvarsan, von Dobrivoje Arnautović 215
Hereditäre Syphilis und Wassermannsche Reaktion, von Mark S. Reuben 215
Subkutane Quecksilberinjektionen in der Behandlung der Syphilis, von Walter Bieberbach 215
Behandlung der tertiären Syphilis mit Jodipin, von F. Filarétopoulo 216
Die Wirkung des Enesols auf metaluetische Nervenerkrankungen und die Wassermannreaktion, von E. Frey 216
Zur Behandlung der Syphilis mit Asurol, von Eduard Bäumer 216
Beitrag zum Studium der Syphilisbehandlung mit Hektin und Hektargyr, von Felix Dives 216
Das Hektin und Hektargyr in der Behandlung der Syphilis, von Schoull 216
Neue Mitteilungen über die abortive und kurative Behandlung der Syphilis mit Hektin, von H. Hallopeau 216
Über einen Fall von schwerem syphilitischem Ikterus während der Behandlung mit Hektin, Heilung durch Salvarsan, von Duhot 216
Atoxyl und atoxylsaures Quecksilber in der Behandlung der Syphilis, von Oswald Boethke 217
Tuberkulose mit Syphilis vergesellschaftet, von Derscheld 217
Syphilidophobie, von Scheuer 231
Ein Fall von syphilitischer Reinfektion, von Morelle 231
Behandlung der Syphilis mit Arrhenal, von Poirier 232
Ein Fall von Arteriitis mit Gangrän bei einem Syphilitiker, von Morelle 232

Digitized by Google

Seite
Mastitis gummosa, Brustdrüsenkrebs vortäuschend, von Pied 233
Reinfektion nach Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber, von L. Brocq und P. Fernet 234
Reinfektion mit Syphilis bei zwei durch Salvarsan geheilten Kranken, von Jeanselme und Vernes 234
Zwanzig syphilitische Sklerosen am Penis: Autoinokulation, durch Krätze begünstigt, von Gaucher und Bricout 234
Papulo-squamöse Syphilide, einen Lupus erythematosus vortäuschend, von Gaucher, Gougerot und Croissant 234
Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von F. Balzer und Godlewski 234
Syphilisrezidive trotz dreimaliger Salvarsaninjektion und trotz Negativwerden der Wassermannschen Reaktion, von Du Bois 235
Spirochäten in einem Gumma, von Gaucher und A. Paris 235
Schwere nervöse Störungen nach Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber, von Sulzer, Fage, Richou und Ettinger 235
Ehrlichs letzte Mitteilung über Salvarsan, von Sulzer 236
Ein Brief von Ehrlich über Salvarsan, von Emery 236
Gumma des Gaumens, Zerstörung des harten Gaumens. Erfolglosigkeit des Quecksilbers, Heilung durch Salvarsan, von Leredde 236
Syphilitische Zerstörung der Nase und der Nasenhöhlen ein Jahr nach dem Primäraffekt, von Gaucher, Gougerot und Bricout 236
Rezidivierende akquirierte Syphilis trotz wiederholter Salvarsankuren bei einer Kranken mit Stigmen der hereditären Syphilis, von Hudelo und Jolivet . . 236
Die interne Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von L. Fournier, Guénot und Al. Renault 236
Schanker des Zahnfleisches, von Gaucher, Lévy-Franckel und Ahmed Sikbal 237
Die Syphilis der Urethra, von Charles Baye 238
Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Bayet 262
Versuche, die Syphilis mit hohen Arrhenaldosen zu behandeln, von Poirier 262
Die moderne Syphilisbehandlung, von George Lacapere 264
Ist die Spirochäta der wahre Erreger der Syphilis, von Justin de Lisle 264
Syphilitisches Exanthem auf psoriatischer Grundlage, von Ledermann 289
Die Syphilisdiagnose und die Wassermannsche Reaktion, von F. M. Campa 294
Papulo-squamöse Syphilide und ihre Beziehung zu Psoriasis und Parapsoriasis, von A. Ravogli 321
Die Wassermannsche Reaktion bei angeborener Syphilis, von Oluf Thomsen und Harald Boas 322
Über spirochätenhaltige Spätrezidive der sekundären Syphilis, von Felix Pinkus 324
Untersuchungen über die Spirochaeta pallida im Gewebe bei primärer und sekundärer Syphilis, von Tièche 324
Zum Blutbild bei Lues und Salvarsaninjektion, von Paul Dorn 325
Die Bedeutung der Herzextrakte für den heutigen Stand der Wassermannschen Reaktion, von Carl Lange 325
Fall von syphilitischer Elefantiasis des Skrotums (Lymphangitis), von J. E. R. Donagh 326
Fall von Syphilis, von A. Shillitoe 327
Universelles kleinlichenoides Syphilid, von A. Shillitoe 327
Ein Todesfall fünf Tage nach einer Salvarsaninjektion, von H. Oltramare 328
Tödliche Vergiftung nach Salvarsan, von Caraven 329
Antisyphilitische Behandlung und Wassermannsche Reaktion, von H. Gougerot und F. M. Parent 329
Intravenöse Salvarsaninjektionen mittels neutraler wässeriger Suspension, von A. Lévy-Bing und L. Duroeux 329
Osteoperiostitis der Zervikalwirbel; Pottsche Krankheit syphilitischen Ursprungs; rechtsseitige Hemiplegie; Heilung, von Gaucher, Gougerot und Thibaut . 329
Ein Jahr praktischer Erfahrungen mit Salvarsan an der venereologischen Klinik in Lyon, von Joseph Nicolas und Henry Moutot 329
Zwei Fälle von Ikterus nach intravenösen Injektionen von Salvarsan, von Lévy-Bing und L. Duroeux 330
Salvarsan und hereditäre Syphilis, von Achille Breda 355
Einige seltene Veränderungen speziell der Epidermis bei hereditärer Lues, von De Paolis Foglietta Ferdinando 355

Digitized by Google

Seite

Beitrag zum Studium der latenten Syphilis. Psoriasis guttata durch spezifische Behandlung geheilt, von Pied . . . 380
Über Sklerogummi, welche eine Reinfektion vortäuschen können, von Oksenow . 381
Zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan in kleinen Dosen, von W. Kopytowski 408
Salvarsaninfiltrate und Fibrolysin, von K. Tietze . . . 408
Sterilisierung der Syphilis im Primärstadium. Statistik über 20 Fälle, von Leredde und Kuenemann . . . 409
Salvarsanfieber, von Leredde und Kuenemann . . . 410
Salvarsan und Fieber, von Jeanselme und A. Vernes . . . 410
Was soll man von der sogenannten abortiven Behandlung der Syphilis nach Hallopeau halten? von Queyrat . . . 410
Entfernte Thrombose nach einer intravenösen Salvarsaninjektion, von Gaucher und Gougerot . . . 410
Tödliche Meningo-Enzephalitis nach zwei intravenösen Salvarsaninjektionen, von F. Balzer und Condat . . . 410
Insuffizienz der Ovarien und „Basedow fruste" bei einer Heredosyphilitischen, von Gaucher und Salin . . . 411
Die neuesten und wichtigsten Fortschritte auf dem Gebiete der „Dermo-Syphilopathie", von V. D'Amato . . . 412
Aktuelle Betrachtungen über das Salvarsan, von D'Amato . . . 412
Eine technische Frage der Wassermannschen Reaktion, von Paris und Desmoulières 412
Neue Studie über die Todesfälle nach Salvarsan, von Leredde und Kuenemann 412
Roseola tertiaria, von Fritz Lesser . . . 438
Ein Fall von Syphilis gummosa serpiginosa regionis genitalis et pubis, von Morosoff 442
Beitrag zur Kenntnis der fieberhaften Reaktionen nach intravenösen Salvarsaninjektionen, von O. Brüchler . . . 443
Resultate längerer klinischer Beobachtungen über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von P. A. Pawlow . . . 444
Über die intravenösen Infusionen von Salvarsan, von F. Krzysztalowicz und H. L. Weber . . . 445
Die Histologie der syphilitischen Infiltrate nach der Salvarsananwendung, von Franciszek Krzysztalowicz . . . 446
Bedeutung und Wert der Wassermannschen Reaktion mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Indikationen, von Felix Malinowski . . . 446
Hodensyphilis beim Kaninchen, von S. Ossola . . . 465
Erfahrungen aus unserem ersten Jahre Salvarsanbehandlung bei Syphilis, von Peyri . . . 466
Die Behandlung der syphilitischen Primärsklerose mittels Salvarsan, von Georges Lecapene . . . 467
Die Frühdiagrose der Syphilis, von Saul Steiner . . . 467
Bemerkungen zur Salvarsanliteratur, von B. Laquer . . . 500
Der gegenwärtige Stand der Salvarsantherapie, von Richard Sieskind . . . 500
Die Salvarsanfrage am 4. Dezember 1910, von Rob. Duhot . . . 501
Die Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch die Salvarsanbehandlung, von Rob. Duhot . . . 501
Die Pathogenese des Fiebers nach den intravenösen Salvarsaninjektionen, von Rob. Duhot . . . 501
Gegenwärtiger Stand der Salvarsanfrage, von S. J. Meltzer . . . 501
Zur Salvarsanfrage, von Gaucher . . . 502
Unsere bisherigen Erfahrungen mit Salvarsan, von V. Klingmüller . . . 502
Die $1^1/_4$ jährige Erfahrung mit Salvarsan in der venereologischen Klinik der Antiquaille zu Lyon, von J. Nicolas und H. Moutot . . . 502
Meine Erfahrungen bei der Anwendung des Salvarsans, von J. Sellei . . . 503
Ein Jahr Erfahrungen mit Salvarsan. Bericht über 230 Injektionen mit besonderer Beziehung zu Komplikationen des Auges und Ohres, von B. C. Corbus . . . 503
Kurzer Bericht über 414 Salvarsaninjektionen, von G. Ballenger und F. Elder 504
Die bisherigen Ergebnisse der Abortivbehandlung der Syphilis mittels Exzision, Salvarsan und Quecksilber, von Hugo Hecht . . . 504
Einige Beobachtungen bei der Salvarsanbehandlung im Garnisonlazarett Windhuk, Deutsch-Südwestafrika, von Westphal . . . 504
Erfahrungen mit Salvarsan in der Klinik Baudelocque, von Bar . . . 505

Digitized by Google

Seite

Das Fazit der $1^1/_2$jährigen Erforschung des Salvarsans in Verbindung mit der Idee von Prof. Ehrlich von der Therapie magna sterilisans, von Bjelow 505
Salvarsan, während eines Jahres gesammelte Erfahrungen, von Magnus Möller . 505
Über Erfahrungen bei 1900 mit Salvarsan behandelten Syphiliskranken, von F. Zimmern 506
Eine Studie von 50 mit Salvarsan behandelten Syphilisfällen, mit spezieller Hinsicht auf das klinische Resultat und die Wassermannsche Reaktion, von Abr. L. Wolbarst 506
200 mit Salvarsan behandelte Syphilisfälle, von O. v. Petersen und M. Kolpaktschi 507
Amerikanische Erfahrungen mit Salvarsan in der Behandlung der Syphilis und anderer Krankheiten, von Milton K. Meyers 507
Der augenblickliche Stand der Syphilisbehandlung mit Salvarsan, von M. L. Heidingsfeld 507
Kurze Übersicht über die Salvarsanbehandlung der Syphilis, von G. Frank Lydston 507
Erfahrungen mit Salvarsan im New Yorker Hospital für Haut- und Krebsleiden, von Howard Fox und W. B. Trimple 508
Unsere Erfahrungen über die Salvarsanbehandlung im Laufe eines Jahres, von K. Dohi und T. Tanaka 508
Über die Resultate der Salvarsanbehandlung in der Geburtshilfe, von Cyrille Jeannin 508
Die Psychologie des Salvarsans, von A. Vavasour Elder 508
Zur Theorie der Wirkung des Salvarsans und Arsenophenylglyzins, von I. Iversen 508
Zur Symptomatik der Salvarsanwirkung, von V. Hrdliczka 508
Das Salvarsan im Organismus, von E. Jeanselme und A. Touraine 509
Die Erklärung der Salvarsanreaktion, von I. Kallós 509
Salvarsan und Fieber, von Stümpke 510
Die Toxizität des Salvarsans bei intravenöser Einverleibung nach Versuchen am Hund und Kaninchen, von M. Kochmann 510
Salvarsan im Blute bei intravenöser Injektion, von J. Abelin 510
Zum Einfluß des Salvarsans auf das Blut der Luetiker, von Wäwiorowski . . . 511
Über den Einfluß des Salvarsans auf die Intensität der Antikörperbildung beim Kaninchen, von E. Friedberger und Nilo Masuda 511
Die Salvarsaninjektion als Kontrolle der Wassermannschen Reaktion, von Duhot . 511
Über die Verweildauer des Arsens im tierischen Organismus nach intravenöser Einspritzung von Salvarsan, von Ritter 511
Über die Elimination des Salvarsans aus dem menschlichen Körper, von Frenkel-Heiden und E. Navassart 512
Die Ausscheidungs- und Remanenzverhältnisse des Salvarsans in ihren Beziehungen zur Therapie, von Karl Ullmann 512
Über die Ausscheidung des Arseniks durch Harn und Milch nach der Einspritzung von Salvarsan, von S. Devilla 512
Über die Ausscheidung des Arsens nach der intramuskulären Injektion des Salvarsans, von Muto und Sauno 512
Beginn und Dauer der Ausscheidung des Salvarsans durch den Urin nach intravenöser Injektion, von I. Abelin 513
Über das Verhalten des Zuckers im Urin bei Salvarsanbehandlung, von Paul Bendig 513
Versuche über die Resorptionsfähigkeit einer Salvarsansalbe unter Berücksichtigung der Verwendungsmöglichkeit derselben zur Syphilisprophylaxe, von E. Walter 513
Über die verschiedenen Methoden der Salvarsananwendung auf der III. med. Abteilung des Krankenhauses l. d. I. (München) und die damit erzielten Erfolge, von Ernst Schmid 514
Über die Wahl der Methode in der Salvarsanbehandlung der Syphilis, von Rob. Duhot 514
Ein Vergleich der mit intravenöser Einverleibung saurer und alkalischer Salvarsanlösungen erzielten Resultate, von Georg M. Mackee 514
Methode der stark verdünnten sauren intravenösen Salvarsaninjektion in der Behandlung der Syphilis. Therapeutische Überlegenheit der sauren Methode, von Rob. Duhot 514
Physiologische und klinische Bemerkungen über die sauren intravenösen Salvarsaninjektionen auf 800 Injektionen beruhend, von Duhot 515
Zur Frage der sauren oder alkalischen venösen Salvarsaninfusionen, von Spiethoff 515
Über die intravenösen sauren und löslichen und die intravenösen neutralen, unlöslichen Salvarsaninjektionen, von Charles Fleig 515

Digitized by Google

Seite

Zur Technik und Dosierung der Salvarsaninjektionen bei der Behandlung der Neugeborenen, von F. Engelmann 516
Ein Apparat für die intravenöse Injektion von Salvarsan, von A. J. Evans. 516
Die tierexperimentelle Syphilisforschung und ihre Bedeutung für die Erkennung und Behandlung der Syphilis, von Paul Mulzer. 527
Drei Fälle entzündlicher Nabelschnurveränderungen von wahrscheinlich nicht syphilitischem Ursprung, von Torsten Rietz. 528
Über die Wirkung des Asurols, eines neuen löslichen Quecksilberpräparates, von T. Ijiri 531
Antisyphilitische Therapie und Wassermannsche Reaktion, von H. Gougerot und F. M. Parent. 532
Untersuchungen der Spinalflüssigkeit bei Syphilitikern, die mit Salvarsan behandelt wurden, von Lévy-Bing, L. Duroeux und M. Dogny. 532
Syphilitische Reinfektion eines alten Syphilitikers nach der Behandlung mit Salvarsan, von Melun 532
Intravenöse Salvarsaninjektionen ohne Kochsalzzusatz, von Max Braun 534
Die Herstellung der Salvarsanlösungen und ihre Dosierung, von Emery 535
Salvarsan in Mandelöl, von A. Loxton. 535
Die verschiedenen Arten der Zubereitung und Verabfolgung des Salvarsans. Technik und Dosierung, von Ch. Fouquet. 535
Technik der intravenösen Salvarsaninjektionen, von Leredde. 535
Salvarsaneinspritzungen, Technik und Zufälle, von Charles Chevalier Seyvert. 535
Die Technik der Salvarsanbehandlung, von Conrad Siebert. 535
Vereinfachte Technik der intravenösen Salvarsaninjektion, von Charles H. Chetwood 535
Praktisches zur intravenösen Anwendung des Salvarsans, von S. L. Bogrow 535
Zur Technik der Salvarsanbehandlung, von Hüfler 535
Die Asepsis nach Wechselmann bei der intravenösen Salvarsaneingießung, von Autokratow 536
Über die Technik der intravenösen Salvarsaninjektion, von L. Auszterweil 536
Neuer Apparat für intravenöse Salvarsaninjektion, von Milian. 536
Zur Technik der intravenösen Salvarsaninjektion, von G. Knauer 536
Zur Technik der intravenösen Salvarsaninjektion, von Hermann Meyer 537
Ein einfacher Apparat zur intravenösen oder intramuskulären Injektion von Salvarsan, von G. W. Dawson 537
Technische Feinheiten bei der Salvarsaninfusion, von Hermann Mayer. 537
Zur Technik der intravenösen Injektion von Salvarsan, von Willi Brauß 537
Erleichterung der Einführung der Nadel in die Vene zur intravenösen Salvarsaninjektion, von E. G. Ballenger und O. V. Elder 537
Zur Technik der intravenösen Salvarsaneingießungen, von Semenow 537
Zur Technik der intravenösen Infusion, von L. Arzt und M. Schramek 537
Einige Bemerkungen zur intravenösen Anwendung des Salvarsans, von Eugen Füresc 537
Intravenöse Anwendung des Salvarsans, von F. Winter 537
Intravenöse Salvarsaninjektionen, von Ernst Eitner 538
Über intravenöse Salvarsaninjektionen ohne Reaktionserscheinungen, von J. Herbsmann 538
Die intramuskuläre Injektion von Salvarsan, von A. Spearing 538
Eine Warnung bezüglich der Salvarsananwendung, von W. C. Slushen und E. B. Burchell 538
Über die Ursachen der Reaktionserscheinungen nach Salvarsaninjektion, von Johan Almkvist 538
Die Beseitigung der den intravenösen Salvarsaninjektionen folgenden fieberhaften Reaktionen, von F. Swiet und Arthur M. W. Ellis 539
Die bei der intravenösen Anwendung des Salvarsans vorkommenden schweren Reaktionen und ihre Verhinderung, von T. Marschalko 539
Die Nachteile der Salvarsananwendung, von Douglass W. Montgomery 540
Wie verhütet man die Ohnmacht nach intravenösen Salvarsaninjektionen, von Duhot 540
Wie soll man die Zirkulationsstörungen während der intravenösen Salvarsaninjektionen vermeiden, von Duhot 541
Ein Anfall von Blutdrucksteigerung nach einer Salvarsaninjektion, von J. S. Covisa 541
Über ausgedehnte Thrombophlebitis nach einer intravenösen Salvarsaninjektion, von J. Müller 541

Digitized by Google

Seite

Fernthrombose nach endovenöser Salvarsaninjektion, von E. Klausner 541
Über die syphilitischen Erkrankungen des Herzens als Indikation und als Kontraindikation für die Behandlung mit Salvarsan, von Breitmann 541
Über die syphilitischen Herzerkrankungen als Indikation und Kontraindikation für die Salvarsanbehandlung, von M. Breitmann 542
Über die Salvarsanbehandlung syphilitischer Herz- und Gefäßerkrankungen, von W. Weintraud 542
Gefahren und Kontraindikationen des Salvarsans, von R. Burnier 542
Ein Fall von Brustgeschwulst und Aneurysma der Aorta descendens, mit Salvarsan behandelt, von G. Reese Satterlee 543
Intoleranzerscheinungen, welche an Anaphylaxie erinnerten bei einem Kranken, der vier Salvarsaninjektionen erhalten hatte, von Paul Ravaut und R. J. Weißenbach 543
Schwere akute Intoxikation nach intravenöser Salvarsaninfusion, von M. Voss . . . 544
Nachtrag zu „Schwere akute Intoxikation nach intravenöser Salvarsaninfusion" von Voss 544
Über medikamentöse Spätexantheme nach intravenösen Salvarsaninjektionen, von R. Frühwald 544
Über das Vorkommen spätluetischer Erscheinungen im Frühstadium der Syphilis nach Salvarsaninjektionen, von Wehner 545
Über Abweichungen im Verlaufe der Syphilis nach Anwendung von Salvarsan, von D. Desneux und B. Dujardin 545
Über einige durch Salvarsanbehandlung bedingte Eigentümlichkeiten kutaner Syphilis, von M. Oppenheim 546
Ein Fall von Reinfektion nach Salvarsan, von E. Klausner 546
Ein Fall von Reinfectio syphilitica nach Salvarsanbehandlung, von Swerew 546
Ein neuer Fall von Reinfektion nach Salvarsanbehandlung, von Duhot 546
Bedenkliche Nebenerscheinungen bei einigen mit Salvarsan behandelten Patienten, von E. Finger 543
Eine Folgeerscheinung der Salvarsandarreichung, von Douglas W. Montgomery und George D. Culver 547
Salvarsan und das Nervensystem, von R. Berkovits 547
Gummöse und verruköse Hauterscheinungen, die der Syphilis und der Tuberkulose ähneln, von L. M. Pautrier, Belot und Richou 565
Meningeale Spätsymptome bei einem mit Salvarsan und Quecksilber behandelten Syphilitiker, von Fage und Ettinger 565
Syphilitische Gummen des Beines bei einem Heredosyphilitischen, von Gaucher, Bricout und Meaux-Saint-Marc 565
Syphilis maligna cutanea und Pseudoparalyse, von Gaucher, Salin und Bricout 566
Syphilis und Psoriasis, von F. Balzer und Condat 566
Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Hermesoline, von Mirovitch 566
Primäraffekt auf der Zunge, von Brault 567
15 Monate Praxis mit Salvarsan in der venereologischen Klinik der Antiquaille zu Lyon, von J. Nicolas und H. Moutot 567
Oedema cerebri und Encephalitis haemorrhagica acuta nach intravenösen Salvarsaninjektionen. Ihre Ursache, von Paul L. Tissier und Paul Blondin 567
Zufälle bei intravenösen Salvarsaninjektionen, von Leven 568
Salvarsan bei Nerven- und Geisteskrankheiten, von Crocqu 568
Weitere Beiträge zur Neurotropie und Depotwirkung des Salvarsans, von Fischer und Zernick 568
Nervöse Erscheinungen nach einer zweiten Salvarsaninjektion, von Ravaut 568
Über Neurorezidive nach Salvarsan, von Alfred Saenger 568
Über Neurorezidive nach Salvarsan, speziell Polyneuritis, von E. Trömner und E. Delbanco 568
Neurotropie oder Salvarsan, von Sicard, Bizard und Gutmann 569
Die Nebenwirkungen des Salvarsans, von Ernst Finger 569
Warnender Neurotropismus des Salvarsans, von Sicard und Bizard 569
Über die Neurorezidive nach Salvarsan, von W. Dössekker 569
Neuerliche Bemerkungen zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan und Häufigkeit der Nervenerkrankungen durch Syphilis in der Zeit vor Anwendung des Salvarsans, von M. v. Zeißl 569

Digitized by Google

Seite
Zur Frage der Nebenwirkungen des Salvarsans, von I. Lipsztat 570
Über einige Nebenwirkungen des Salvarsans, von I. Sellei 570
Toxische Nebenwirkungen des Salvarsans, von Juan de Azúa 571
Hörnervenerkrankungen nach Anwendung von Salvarsan, von B. Freistadtl . . . 571
Salvarsan und der Nervus acusticus, von T. David 571
Salvarsan und Labyrinthstörungen, von Eugène Felix 572
Die Wirkung des Salvarsans auf das Gehör, von J. Sellei 572
Ohrerkrankungen im Verlauf der Behandlung der Syphilis mit organischen Arsenpräparaten, von H. Gaucher und H. Guggenheim 572
Über bilaterale Ertaubung und Vestibularausschaltung nach Salvarsan, von O. Beck 573
Salvarsan: dessen Wirkung auf Auge und Ohr, von F. P. Houver 573
Der Einfluß des Salvarsans auf das Auge, von J. Griguolo 574
Ein Fall von Okulomotoriuslähmung nach Salvarsaninjektion, von Henri Copper 574
Hervorragender Erfolg mit Salvarsan bei einer syphilitischen Okulomotoriuslähmung, von Grand-Clement 574
Mit Salvarsan behandelte Iritis luetica, von E. Grósz 574
Salvarsan und das Auge, von J. Fejér 575
Vorläufiger Bericht über die Wirkung des Salvarsans bei syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Auges bzw. auf die gesunden Augen Syphilitischer, von M. Rosenbaum 576
Bedeutung des Salvarsans in der Behandlung der diffusen parenchymatösen Keratitis, von Boleslaw Wicherkiewicz 576
Zur Frage der Behandlung der Entzündungen des Sehnerven mit Salvarsan, von Viktor Reis 576
Neuritis optica und Salvarsan, von E. Jeanselme und Ch. Coutela 577
Retinitis exsudativa syphilitica. Daten zur Heilwirkung des Salvarsans, von W. Goldzieher 577
Doppelseitige Akkomodationslähmung nach Salvarsan, von Makrocki 578
Kasuistik der Salvarsanwirkung bei Lues der oberen Luftwege, von O. Chiari . . 578
Die Wirkung des Salvarsans auf Syphilis der oberen Luftwege, Sklerom, Plaut-Vincentsche Angina und Skorbut, von Gerber 578
Schwere tertiäre Syphilis des Larynx mit Salvarsan behandelt, von Hicguet . . . 578
Akute Nephritis nach intravenöser Injektion von Salvarsan, von Henry Tucker 579
Syphilis, Nephritis und Salvarsan, von A. Gouget 579
Beitrag zur Frage: Syphilis und Tätowierung, von W. Bernheim und A. Glueck 597
Leukoderma syphiliticum mit zentraler Atrophie, von J. E. R. Mc Donagh 598
Die durch Salvarsan verschuldeten Todesfälle, von Gaucher 598
Tertiäre syphilitische Thyreoiditis, von Gabriel Coulon 600
Antisyphilitische Behandlung und Wassermannsche Reaktion, von Gougerot u. Parent 601
Beitrag zur Wirkung des Salvarsans auf luetische Infiltrate, von Franciszek Krzysztalowicz 603
Ulzero-gummöses Syphilid mit Salvarsan behandelt, von G. H. Edington und C. H. Browning 603
Zur Behandlung der tertiären Syphilis mit Salvarsan, von Fabry und Kretzmer 603
Ein einzelner Fall von außergewöhnlicher gummöser Infiltration der Articulatio tibio-femoralis, ohne Auftreten von Gummaten an anderen Stellen. Gutes Resultat mit Salvarsan, von Mendozzi 603
Ikterus mit letalem Ausgang nach Salvarsan, von A. Hofmann 604
Tod nach Salvarsan, von Morata 604
Über einen Todesfall nach Behandlung mit Salvarsan bei spinaler Erkrankung (Tabes + Meningitis spinalis syphilitica) mit mikroskopischer Untersuchung des Rückenmarks, von A. Westphal 604
Zur Kasuistik der Todesfälle nach Salvarsanbehandlung, von Kannengießer . . . 604
Über einen Todesfall durch Encephalitis haemorrhagica im Anschluß an eine Salvarsaninjektion, von B. Fischer 605
Ein Fall von Encephalitis haemorrhagica acuta nach intravenöser Salvarsaninjektion von D. Almkvist 605
Todesfälle nach Salvarsan, von Gaucher 605
Todesfall nach Salvarsan bei einem gesunden Menschen, von Hallopeau 605
Experimentelle Untersuchungen zur Frage nach der neurotoxischen Wirkung des Salvarsans, von K. Beck 605

Digitized by Google

Seite
Eigene Erfahrungen über Abortivkuren mit Kalomel und Salvarsan, sowie über Neurorezidive, von H. Müller 606
Tödliche Hemiplegie nach Salvarsaneinspritzung bei Gumma des Rückenmarks, von A. Hoffmann 606
Zur Kasuistik der extragenitalen Infektion mit Syphilis und der Heilung einer schweren Syphilis durch Salvarsan, von Heifetz 606
Behandlung der hereditären Syphilis durch Einspritzungen von Salvarsan während der Schwangerschaft, von Gaston Lorreyte 607
Hereditäre Syphilis und ihre Behandlung mit Salvarsan, von J. L. Bunch 607
Salvarsan und hereditäre Syphilis, von Achille Breda 607
Die Wirkung des Salvarsans auf kongenitale Syphilis, von L. R. Debuys 607
Einige Bemerkungen über den Wert und die Anwendung von Salvarsanbehandlung, von J. Guszmann 607
Therapeutischer Wert des Salvarsans, mit Bericht von Fällen, von E. J. Angle und J. J. Snibes-Lincoln 608
Für und gegen das Salvarsan, von Audry 609
Salvarsan, von Carle 609
Diagnostische und therapeutische Bedeutung der Spirochaeta pallida nebst Bemerkungen über die wirksamste Bekämpfung der Syphilis, von Erich Hoffmann 609
Über die Erfolge der kombinierten Salvarsan-Quecksilberbehandlung bei Syphilis, von W. Scholtz 609
Über die kombinierte Quecksilber-Salvarsanbehandlung der Syphilis, von Max Loewenberg 609
Ein experimenteller Vergleich zwischen Salvarsan, Quecksilber und Jodkalium in bezug auf ihre antisyphilitische Wirkung, von J. McIntosh und P. Fildes . 610
Salvarsan und Quecksilber zur Behandlung von Syphilis, von H. C. French . . . 610
Quecksilberbehandlung bei Syphilis nach Salvarsaninjektionen, von J. S. Eisenstaedt 610
Kann Salvarsan das Quecksilber ersetzen? von Dreuw 610
Hyperideal und Salvarsan, von Fritz Lesser 611
Richtigstellung zu der Arbeit Fritz Lessers, von P. Ehrlich 611
Die Ziele einer ausreichenden Syphilisbehandlung und die provokatorische Salvarsaninjektion bei zweifelhafter Syphilis, von Gennerich 611
Der Wert der Wassermannschen Reaktion und des Salvarsans, von A. Keidel und J. T. Geraghty 626
Aphorismen zur Salvarsantherapie nach bisheriger Eigenbeobachtung, von E. Bonn 626
Salvarsan in refracta dosi angewendet, von E. Szántó 626
Noch eine Arsenikverbindung zur Behandlung der Syphilis (Hydrarsan), von J. C. McWalter 627
Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von C. H. Browning und D. Mackenzie 627
Ehrlichs Chemotherapie und sein Syphilisheilmittel, ... 627
Was leistet das Salvarsan bei der Behandlung der frischen Syphilis? von A. Blaschko 627
Über die lokale Salvarsanbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Spirochätenerkrankungen im Bereiche der Mundhöhle, von J. Zilz 628
Die Salvarsantherapie vom militärischen Gesichtspunkte, von A. Simonyi 628
Über die Salvarsantherapie bei Schwangeren und Wöchnerinnen, von E. Lange . 629
Kann das der stillenden Mutter injizierte Salvarsan die Syphilis des Säuglings beeinflussen, von E. Jeanselme 629
Ist das Auftreten von spezifisch luetischen Erscheinungen beim Säugling nach Stillen mit Salvarsanmilch als Endotoxinwirkung aufzufassen? von G. Stümpke 630
Über die Behandlung der Syphilis bei Säuglingen durch Salvarsaninjektion der stillenden Person (Mutter oder Amme), von Serrano und Alvarez Sainz de Aja 631
Tatsachen und Täuschungen bei der Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Joseph L. Boehm 631
Beitrag zur Indikation und Wirkung kleinster Salvarsandosen, von L. Waelsch . . 631
Zur Frage der Abortivbehandlung der Lues mit Salvarsan, von K. Stern 632
Zur ambulanten Behandlung der Syphilis mit kleinen Salvarsandosen, von E. Simon 632
Einzelne interessante, mit Salvarsan behandelte Luesfälle. Wie sollen wir die Syphilis jetzt behandeln? von Maximilian v. Zeißl 632
Zur Salvarsantherapie, von F. Poér 632
Zur Frage der Behandlung der Syphilis des Gehirns mit Salvarsan, von Moltschanow 633

Digitized by Google

Seite
Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von E. Hoffmann 633
Salvarsanbehandlung der Syphilis, von Louis Camous 633
Die Salvarsanbehandlung der Syphilis und ihre Dauererfolge, von W. Scholtz . . 633
Salvarsan bei Syphilis, von Edgar G. Ballenger 633
Beobachtungen über die Wirkung des Salvarsans bei Syphilis, von Mrongowius 634
Zur Syphilisbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Salvarsantherapie in Verbindung mit den bisherigen therapeutischen Methoden, von Michelet . . 634
Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von G. Stopford-Taylor und R. W. Mac Kenna 634
Salvarsan, von M. Wardle 634
Über den Wert des Salvarsans in der Syphilistherapie, von A. Fleming und L. Colebrook 634
Die Salvarsanbehandlung der Syphilis, von Viktor Mucha 634
Salvarsan bei Syphilis, von C. F. Marshall 635
Die Beständigkeit der Salvarsanheilung der Syphilis von J. McIntosh und P. Fildes 635
Beobachtungen über die Wirkung des Salvarsans bei Syphilis, von W. Schiele . 636
Weitere Versuche mit Salvarsan bei Syphilis, von Hermann Goldenberg und David J. Kaliski 636
Beobachtungen über die Syphilisbehandlung mit Salvarsan im Laufe eines Jahres an stationären Kranken der Männerabteilung des Stadthospitals zu Odessa und an Kranken der Privatpraxis, von Ljetnik 653
Beitrag zur Salvarsanbehandlung der Syphilis, von Favento 654
Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Ed. Lesseliers 654
Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von A. Bayet, B. Dujardin und J. Desneux 655
Für die Syphilisbehandlung mit Salvarsan, von Motoi Hasegawa 655
Salvarsanbehandlung der Syphilis, von Georges Broustal 655
Die Anwendung des Salvarsans, von J. O. Hirschfelder 655
Einige Beobachtungen über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Rob. Duhot 655
Salvarsan bei Syphilis, von W. Evans 655
Einige Bemerkungen zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Bonnet . . 655
Syphilis des Gehörorgans, von Irving Wilson Voorhus 677
Syphilis und Erkrankungen des Ohrs, von Edmund Prince Fowler 677
Syphilis innocentium, von Charles H. Bangs 678
Sind syphilitische Augenveränderungen Indikation oder Kontraindikation für die Anwendung von Salvarsan? von Frederik C. Heath 678
Bericht über 208 intravenöse Salvarsaninjektionen, von Dan C. Handley und Chas. T. Souther 678
Salvarsan bei Tabes und Spätlues des Nervensystems, von Tom A. Williams . . 678
Ein Fall von Syphilis, der eine Ausnahme vom Profetaschen Gesetz bildet, von P. Volanova 679
Die histologischen Veränderungen der Hautsyphilide durch Salvarsan, von W. Lier 707
Hautrezidiv nach Salvarsan, von Rosenthal 727
Die Rezidive nach Salvarsan und die Frage der Dosierung, von Leredde 727
Die intravenösen Salvarsaninjektionen in chlorfreier Glukoselösung, von L. Lafay 727
Gummen des Gaumensegels bei einer Erbsyphilitischen ohne Dystrophien, von Gaucher, Gougerot und Meaux Saint-Marc 728
Zerebrale Störungen durch Herxheimersche Reaktion nach zwei Salvarsaninjektionen, von Leredde und Kuenemann 728
„Heilung" einer Tabes durch drei Salvarsaninjektionen, von Leredde 729
Die Deutung der Gesetze der Erbsyphilis, von Carle 729
Ein eigentümliches Rezidiv der Syphilis. Rezidiv in situ, von Ch. Audry 730

2. Lokale Infektionskrankheiten.

A. *Oberhaut.*

Ein Fall von Sporotrichosis, von H. G. Adamson 27
Ein Fall von Lichen planus Wilson mit Salvarsan behandelt, von V. Martin . . . 27
Akute Pityriasis der Kopfhaut, von T. Colcott Fox 29
Fall von Trichophyton tonsurans der Zehennägel, von A. Shillitoe 30
Zwei Fälle von Pemphigus foliaceus, von Lesser 32

Digitized by Google

Seite
Ätiologische Untersuchungen über den tropischen Pemphigus, von Bertarelli und Parambos 34
Die Sepsis bei einigen mit Epidermolysis einhergehenden Erkrankungen, von Raffaele de Marco 35
Lichen hypertrophicus corneus verrucosus mit Salvarsan behandelt, von Azua . . 36
Ein Fall von Pityriasis rubra Hebrae, von T. Kuboyama 38
Pemphigus vulgaris und Psoriasis vulgaris, von Muchin 68
Mikrosporie, von Bogrow 68
Über eine neue Pilzerkrankung, von J. Brault und Lucien Masselot 125
Beitrag zur Lehre von den kongenitalen Dyskeratosen, von Bettmann 177
Augenblicklicher Stand der Sporotrichosisfrage, von de Beurmann und Gougerot 177
Über eine dem Lichen sclerosus (Hallopeau) angenäherte Form der zirkumskripten Sklerodermie, von W. Fischer 178
Ein Fall von Sporotrichosis-Septikämie, von Menahem Hodara und Fuad Bey . 180
Beitrag zur Histologie der Psoriasis der Handflächen, von Paul Haslund 180
Über Pemphigus, von Max Joseph 181
Zur Pathogenese der Psoriasis vulgaris, von Shebunew 183
Dariersche Krankheit bei einer 30jährigen verheirateten Frau, von W. Fox 207
Pyodermitis vegetans postimpetiginosa, von Juan de Azúa 209
Ein Fall von Pemphigus foliaceus nebst Bemerkungen über die äußere Anwendung von Rhabarber gegen die Blasenbildung, von Tanrio Ito 211
Keratodermia symmetrica palmaris et plantaris, von Brocq und Fage 234
Psoriasis tardiva mit starkem Juckreiz, von H. Hallopeau und E. François . . . 234
Erythroplasia glandis, von Gueyrat 235
Eine neue Mykose: die Kladiose nach Bloch, von Gougerot 235
Behandlung der Psoriasis durch Bäder mit Teer- und Chrysophansäurezusatz, von Balzer, Lévy-Franckel und Condat 236
Lokalisierte Sporotrichose mit langsamem Verlaufe, von Brocq und Fage 237
Durch den Löfflerschen Bazillus verursachte Pyodermitiden, von A. v. Veibizier 279
Pemphigus mit Affektion der Conjunctivae. Streifenförmige Keratose auf den Schienenbeinen, von Hjalmar Petersen 293
Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées (Brocq), von Ludwig Nielsen 293
Ein Fall von vesiko-pustulösem Pyämid, von James Strandberg 322
Fall von Pityriasis lichenoides chronica oder Lichen variegatus, von W. Fox . . . 326
Ein kryptogamer Parasit bei den erythematosquamösen Dermatosen vom Typus der Pityriasis rosea Gibert, von Du Bois 328
Pemphigus pruriginosus, von W. Pospelow jun. 353
Bakteriologische Untersuchungen beim chronischen Pemphigus, von Pasini 355
Mikrosporie durch „Mikrosporon" Iris, von Pasini 356
Behandlung der Psoriasis und des Lichen planus mit medikamentösen Bädern, von F. Balzer, H. Godlewski und Condat 411
Lichen ruber planus, von Rosenthal 438
Pityriasis rubra pilaris, von W. Friedländer 439
Ein Kranker mit Parapsoriasis, von Terebinsky 442
Erythemato-squamöse Dermatose, von Nicolas und Moutot 473
Über einen Fall von Morbus Ritter, von Sorgente 473
Einige Bemerkungen über das Ekzem, von L. Brocq 473
Die Ekzembehandlung in den Tropen, von W. D. Sutherland 474
Über die Behandlung hartnäckiger, nässender Ekzeme, von Wehner 474
Das Ekzem der Zwischenzehenfalten ist meistens parasitärer Natur, von R. Sabouraud 474
Günstiger Einfluß einer Höhenkur auf das Säuglingsekzem, von Marfan 475
Günstiger Einfluß der Höhenluftbehandlung auf das Ekzem der Säuglinge, von A. B. Marfan 475
Säuglingsekzem und Höhenkur, von Taillens 475
Beitrag zur diätetischen Behandlung des Säuglingsekzems, von Frau Charitina Wilenkin 475
Bemerkungen über die Behandlung des Kinderekzems durch die Veränderung der Milch, von G. Variot 475
Klinische Untersuchungen über die Ätiologie der Psoriasis vulgaris, von B. Dujardin 476
Die Indikationen bei Psoriasis, von F. C. Curtis 476
Ein Beitrag zur Behandlung der Psoriasis vulgaris, von M. Oppenheim 476

Digitized by Google

Seite

140 Fälle von Psoriasis bei Privatpatienten unter vegetabilischer Diät, von L. Duncan Bulkley 476
Die „Parakératoses psoriasiformes" von Brocq, von Pierre Fernet 476
Über atypische Psoriasisformen, von Richard Volk 477
Sporotrichose, von Bonnet 477
Die Sporotrichose, von Thumin 477
Ein Fall von Sporotrichosis beim Menschen, von Albert Beam 477
Zur Diagnose und Therapie der Pilzkrankheiten des behaarten Kopfes, von Bogrow 478
Über Sporotrichose, von Fielik 478
Bemerkungen über einen Fall von Sporotrichosis, von N. Walker und J. Ritchie 478
3 Fälle von Sporotrichose, von Georges Thibierge und Pierre Gastinet . . . 479
Ein Fall von Sporotrichosis, von W. B. Steward 479
Fall von Sporotrichosis, von Ralph C. Henderson 479
Primäre Sporotrichose des Tränensacks, von V. Morax 479
Disseminierte gummöse Sporotrichose mit Veränderungen an den Augen und mit Spina ventosa, von Legry, Sourdel und Velter 479
Primäre Osteoperiostitis sporotrichotica, von Lesieur und Marchand 479
Osteoperiostitische und artikuläre Läsionen der Sporotrichose. Die Spina ventosa sporotrichotica, ihr radiologisches Aussehen und ihr Verlauf, von E. Jeanselme, P. Chevallier und P. Darbois 479
Absonderung und Erziehung von Kindern mit „Ringworm" des behaarten Kopfes, von Udo J. Wile 479
Zur Behandlung der Trichophytie, von Ph. Abraham 480
Die Röntgenstrahlenbehandlung des Herpes tonsurans der Kopfhaut, von L. Duncan Bulkley 480
Röntgenstrahlen bei der Behandlung der Trichophytie der Kopfhaut, von Gibson Graham 480
Zur Epidemiologie der Mikrosporie in Wien, von Robert Otto Stein 480
Die als Alopecia parvimaculata bezeichnete Haarkrankheit, von Boegershausen und Besserer 480
Neuer Beitrag zum Studium der Epidermophytia erratica trichophytoides et ekzematoides, von Carlo Vignolo-Lutati 480
Oidiomycosis gummosa ulcerosa disseminata; eine neue durch einen neuen Parasiten, das Oidium cutaneum, hervorgerufene Mykose, von de Beurmann, Gougerot und Vaucher 480
Favus der Ratte, von Bonnet 481
Cheiro-Pompholyx, von W. R. Kemp 481
Zur Kenntnis der Kontagiosität des Pemphigus neonatorum, von Egon Müller . . 481
Experimentelle Studie über Pemphigus acutus infectiosus, von Landsteiner, Levaditi und Prašek 482
Beitrag zur Ätiologie des Pemphigus infectiosus acutus, von Landsteiner, Levaditi und Prašek 482
Salvarsan in der Behandlung des chronischen Pemphigus, von R. L. Sutton . . . 483
Der chronische Schleimhautpemphigus der oberen Luftwege, von Arthur Thost . 483
Beiträge zur Ätiologie der Maul- und Klauenseuche, von L. v. Betegh 483
Ein Fall von wahrscheinlicher Übertragung von Maul- und Klauenseuche auf den Menschen, von K. Puschner 483
Über akute Nephritis bei Kindern nach impetiginösen Hauterkrankungen, von L. Kaumheimer 484
Ein ungewöhnlicher Fall von Lichen planus bei einem Neger, von J. Lee Kirby-Smith 499
Cheilitis glandularis apostematosa kombiniert mit Cheilitis exfoliativa, von Richard L. Sutton 500
Keratitis infolge von Rosazea, von Walter B. Weidler 500
Zur Klinik und Ätiologie der Impetigo contagiosa, von K. Dohi und Sh. Dohi . . 531
Ein neuer Fall von Achorion quinckeanum beim Menschen, von Brault 567
Lichen variegatus, von Lewtschenko 649
Ein Fall von Lichen planus atrophicus s. sclerosus, von Msareulow 652
Tinea tonsurans bei einem 60jährigen Patienten, von George Pernet 652
Pemphigus der Konjunktiva, von H. Beckles Chandler 677
Hautschnitte von einem mit Mikrosporon infizierten Kätzchen und eine Kultur vom Haar eines durch das Kätzchen infizierten Kindes, von A. Whitfield 708

Digitized by Google

Seite

Fall von Lichen planus annularis, von J. H. Sequeira 708
Hebrasche Pityriasis rubra, von Lipman Wulf 726
Polymorphe Dermatitis bei der Schwangerschaft, von F. Balzer und Belloir . . 727
Psoriasis und akuter Gelenkrheumatismus, von Gaucher, Salin und Meaux Saint-Marc 728

B. *Cutis.*

Fall von (?) Granuloma inguinale, von A. Shillitoe 28
Folliculitis decalvans bei einer jungen Dame von 19 Jahren, von E. G. G. Little 29
Artifizielle Hautgeschwüre, von Goldbach 31
Diskussion über die Röntgenbehandlung der Trichophytia tonsurans, von J. Hall-Edwards 30
Ein Fall von Granuloma annulare, von Ernest D. Chipman 33
Bazillus Frisch und Rhinosklerom, von Pasini 34
Einige neue Publikationen über Framboesia oder Bouba, von Achille Breda . . . 35
Extragenitale Ulcera venerea, von Virginio Ramazotti 35
Über einen Fall von Lymphadenia cutanea, von J. Peyri 37
Hochfrequente Ströme in der Behandlung der Acne vulgaris, von William G. Levi 70
Die Frage des versteckten Schankers (Ulcus molle fossae navicularis urethrae), von Tschumakow 72
Multiple Ulzerationen der Haut durch Staphylococcus pyogenes mit serpiginöser Verbreitung und chronischem Verlauf durch eine innere Ursache, von Giuseppe Tuccio 146
Noduli cutanei, eine bisher wenig beachtete Hautaffektion, von Ed. Arning und F. Lewandowsky 176
Elefantiasis und Paratuberkulose, von J. Brault 177
Bericht über menschliche Botryomykose, von P. L. Bosellini 177
Über Dermatitis nodularis necrotica, von Viktor Klingmüller 181
Lymphogranuloma papulosum disseminatum, von G. Nobl 182
Granuloma fungoides Auspitz s. Mycosis fungoides Alibert, von Kudisch und Lurje 183
Ekzematöser Ringwurm der Extremitäten und Leistengegend, von Arthur Whitfield 205
Granuloma annulare bei einem $2^1/_2$ jährigen Knaben, von J. L. Bunch 207
Fall von Elefantiasis der Lippe, von G. N. Meachen 208
Behandlung der Mycosis fungoides mit den neuen Arsenpräparaten, von Brault . 235
Ulcus molle phagedaenicum, von Ledermann 289
Geschwürsprozesse am Unterschenkel, von Ledermann 290
Granuloma annulare bei einem 4 jährigen Mädchen, von J. M. H. Mc Leod 291
Ausgedehnte Trichophytie des Rumpfes und der Extremitäten mit granulomatösen Wucherungen, von J. H. Sequeira 292
Ekzematoide Trichophytie der Extremitäten und der Leiste, von A. Whitfield . . 292
Über Lymphogranulomatosis cutis, von Bruusgaard 293
Fall von rezidivierendem Granuloma annulare, von E. G. G. Little 326
Fall von Acne agminata, von A. W. Williams 327
Rhinoscleroma nasi, von W. Pospelow jun. 353
Ein neuer Fall von bazillärer atropho-hypertrophischer Dermitis, von Gougerot 411
Über einen Fall von Rhinosklerom, von Vinzenzo d'Amato 411
Ein Fall von Aknekeloid, von Bormann 443
Über einen interessanten Fall von Mykosis des Fußes, von F. Radaeli 466
Die Behandlung der Acne vulgaris mit hohen Frequenzströmen, von A. Herzfeld 597
Ein ungewöhnlicher Fall von narbiger Follikulitis der Kopfhaut bei einer 55 jährigen Frau, von M. Morris und S. E. Dore 598
Acne vulgaris obstinata, von Douglas H. Stewart 624
Rhinophyma, von Muchin 640
Rhinosklerom, von Meschtscherski, Tschernogubow und Grintschar 649
Ein Fall von Rhinosklerom, von Meleschko 652
Das Vorkommen von Spirochäten und fusiformen Bazillen bei Rachengeschwüren und bei Geschwüren des Mundes und der Haut und in Lungenveränderungen bei den Bewohnern der Philippinen, von Weston P. Champerlain 656
Die nicht spezifischen ulzerösen Erkrankungen der Mundrachenhöhle und Salvarsan, von Gerber 656

Digitized by Google

Seite

Über die Anwendung der Chromsäure bei entzündlichen und geschwürigen Affektionen der Schleimhäute, von Adolphe Hénouille 656
Die papulo-pustulöse miliare rezidivierende Eruption im Gesicht, von Léon Zaepffel 656
Konjunktivitis und Rosazea, von Axmann 657
Die Behandlung der Akne 657
Pathogenese der Handphlegmonen, von L. Sanière 657
Lichen hypertrophicus corneus verrucosus mit Salvarsan behandelt, von J. de Azua 657
Ein Fall von infektiösem Ödem bei einem Säugling, von Maillet und Gueit . . . 657
Über einen Fall von Gasgangrän verursacht durch den Bienstokschen Bazillus, von G. Rocchi 657
Die Furunkulose der Salmoniden, von Marianne Plehn 657
Furunkulose als Todesursache, von Louis J. Harris 658
Die Behandlung der Furunkulose mit Bakterienvakzine bei Kindern, von C. L. Mc Donald 658
Die frühzeitige Exzision von Furunkeln, von J. Cropfer 658
Progressiver Furunkel durch Formol zum Stillstande gebracht, von Sereins 658
Zur Klinik und Therapie des Furunkels und der Furunkulose, von Weidenfeld . 658
Furunkel, Furunkulose und deren Behandlung, von G. Riehl 659
Rationelle Behandlung des Furunkels, von Penn G. Skillern 659
Behandlung des Furunkels, von H. Viry 659
Zur Behandlung des Gehörgangsfurunkel, von Imhofer 659
Pemphigus vegetans und ein Fall mit Salvarsan geheilt, von Gitlja Jochelsohn 659
Gangrän des Beines im Anschluß an Diphtherie, von H. Kramer 659
Zur Kenntnis der Hautdiphtherie, von Ad. Reinhard 659
Über Leucosarcomatosis cutis, von Buschke und Hirschfeld 660
Ulcus molle, von H. Gougerot 684
Zur Kenntnis des Ulcus molle in der Harnröhre des Mannes, von A. Glingar und M. Biach 685
Über die weichen Schanker des Anus und des Mastdarms, von A. Laborie 685
Erfahrungen mit einer Vakzine bei der Behandlung der Ulcera mollia, von Robert H. Herbst und L. C. Gatewool 685
Behandlung des weichen Schankers mit Jodtinktur, von G. Petges 685
Kokain bei Schankern und torpiden Geschwüren, von G. Frank Lydston 685
Über die Streptokokkeninfektionen im Verlaufe der Schwangerschaft mit besonderer Berücksichtigung der Erysipele und eitrigen Pleuritiden, von Marguerite Guichardon 685
Über afebril verlaufendes Erysipel, von E. von Czyhlarz 685
Ein Fall von doppelseitigem Liderysipel bei Sepsis puerperalis, von Ernst Köck 685
Über Nephritis bei Erysipel, von Werner Schelbert 686
Die Nebennieren beim Erysipel, von Lesné, Gérard und Françon 686
Über Peritonitis und Erysipelas außerhalb des puerperalen Zustandes, von J. M. J. Chatonnet 686
Zur Therapie des Erysipels, von F. Kraemer 686
Diphtherieserum bei Erysipel. Ein Beitrag zur Therapie des Erysipels, von Otto Pollák 686
Über einen mit polyvalentem Antistreptokokkenserum behandelten Fall von Erysipelas bei einem Neugeborenen, von G. Dicristina 686
Zur Behandlung des Erysipels, von H. Althoff 687
Über die Behandlung des Erysipels mit Jodtinktur, von G. Benassi 687
Behandlung des Gesichtserysipels, von Brelet 687
Ein Fall von sporadischer Elefantiasis, von Gilman J. Winthrop 687
Elefantiasis und Tuberkulose, von Léon Brachet 688
Elefantiasis und Myxödem, von Georges Brehier 688
Die Zunahme des Skleroms in Ostpreußen, von Gerber 688
Zur Behandlung des Rhinoskleroms mit Röntgenstrahlen, von N. M. Nemenow . 688
Über spezifische Diagnostik und Therapie des Skleroms, von Erhard Sueß 688
Die Reaktion der Komplementbindung beim Rhinosklerom, von Sdrawomyßlow 688
Über das Sklerom, von S. Nagy 689
Welches ist die reelle Gefährlichkeit der Noma, und wie soll diese Affektion behandelt werden? 689
Bemerkungen über Noma, nebst Bericht über einen Fall, der mit Salvarsan behandelt wurde, von M. Nicoli 689

Digitized by Google

Seite
Noma bei einem Erwachsenen, von Howard D. King 690
Ein mit Sclavoschem Serum behandelter Fall von Anthrax, von W. M. Ferguson 690
Anthrax der Haut und des Gastro-Intestinaltraktes, von Fleming und Stewart . 690
Anthrax auf den Philippinen, von W. H. Boyton 690
Zur Klinik und Therapie des äußeren Milzbrandes, von H. Wolf und Wiewiszowski 690
Zur Behandlung des Milzbrandes, von B. Becker 690
Milzbrand und Salvarsan, von G. Schuster 691
Über die Wirkung des Salvarsans auf den Milzbrand, von Bettmann und Laubenheimer 691
Zur Behandlung des äußeren Milzbrandes, von E. Gräf 691
Über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf den Erreger der Botryomykose, von R. Eberlein 691
Ein Fall von menschlicher Botryomykose mit doppelter Lokalisation, von Ch. Julliard 691
Granuloma pyogenicum, von R. L. Sutton 710
Die sogenannte Botryomycosis humana, von E. Alvarez Sainz de Aja 711
Untersuchungen über menschliche Aktinomykose, von R. Klinger 711
Aktinomykosis beim Menschen, von Alfred Wood und Augustus A. Eschner 711
Aktinomykose in Norwegen; Untersuchungen über die Ätiologie, den Infektionsmodus und die Therapie des Leidens, von F. Harbitz und N. B. Grondahl 711
Klinische Beobachtungen über Aktinomykose, von Nadeschda Eliasberg 712
Aktinomykosis der Haut, von Strachimir Dascaloff 712
Zwei Fälle von Aktinomykosis, von Howard Jones 712
Aktinomykose am linken Kiefer, von Sigaud 713
Aktinomykosis der Wange, verursacht durch eine Verletzung mit einem zahnärztlichen Instrument, von Alfred Stengel 713
Wert der Serodiagnostik für die Diagnose des prämykotischen Erythems, von Gaucher, Guggenheim und Paris 713
Untersuchung eines Falles von Mycosis fungoides, von W. Urtel 713
Beitrag zum Studium der Mycosis fungoides, von Francesco Radaeli 715
Die Ätiologie der in Surinam vorkommenden sogenannten Boschyaros, einer der Aleppobeule analogen Erkrankung, von P. C. Flu 715
Versuche der Salvarsananwendung bei der Orientbeule, von Iwanow und Welikanow 716
Lymphogranulomatosis cutis, von Arndt 727
Das Granuloma teleangiectodes europeum, eine Protozoenkrankheit, von Hermann Schridde 731
Aufzeichnungen über eine Untersuchung des Granuloma ulcerosum pupendorum nach Beobachtungen in den Spezialhospitälern der Regierung in Westaustralien, von D. Steel 732
Der Erreger der Aleppobeule und seine Kultur, von Reshad Risa und Mustafa 732
Salvarsan bei Ulcus tropicum, von Rodenwaldt 733
Über das Ulcus tropicum, von Schüffner 733
Über Orientbeule aus Rio de Janeiro mit ungewöhnlicher Beteiligung des Lymphgefäßsystems, von H. Werner 733
Der Heilwert einer Vakzine von Leishmaniakulturen beim Ulcus orientale, von R. Row 733
Über einige neuere Publikationen über brasilianische Frambösie oder Bouba, von Achille Breda 733
Über zwei neue Fälle von Boubas brasiliana, von Verrotti 733
Bericht über die Behandlung von 700 Fällen von Framboesia tropica und 4 Fällen von Pian Bois mit Salvarsan, von P. C. Flu 734
Salvarsan bei Frambösia, von H. Alston 734

C. *Progressive Ernährungsstörungen.*

a) Maligne.

Fall von vernarbendem Sarkom, von K. Digby 28
Fall von Epitheliom auf der Basis von Lupus vulgaris, von G. N. Meachen . . . 28
Epitheliom auf der Basis von Lupus vulgaris bei einem 13jährigen Mädchen, von H. G. Adamson 29
Epitheliom von 2jährigem Bestand am Handrücken linkerseits, von T. Colcott Fox 29
Radium beim Ulcus rodens und anderen Hautläsionen, von J. H. Sequeira 31

Digitized by Google

Seite
Die Behandlung von malignen Tumoren mit Röntgenstrahlen, von R. Morton . . . 31
Polymorphzelliges Riesenzellensarkom, von Arndt 32
Nävokarzinom, von Arndt 32
Beobachtungen bei drei Fällen von Sarcoma Kaposi, von Cavagnis 34
Ein Fall von Mammakarzinom beim Manne, von Sainz de Aja 36
Ein Fall von Xeroderma pigmentosum, von T. Kuboyama 38
Cancer en cuirasse, von Muchin 68
Das Karzinom als Parasitenkrankheit, von H. D. Walker 92
Salvarsan und Sarkom, von Alvarez Sainz de Aja 209
Pagetsche Krankheit mit Radiotherapie geheilt, von T. Ratera 210
Ein durch Röntgenbehandlung geheilter Plattenepithelkrebs und einige andere gleich behandelte Fälle von Hautkrankheiten (Ekzema chron., Psoriasis, Lichen Vidal, Lupus erythematosus), von Sh. Dohi 211
Sarkom oder Mycosis fungoides, von Thomson 232
Ulzeriertes Lymphadenom des Halses, ein Gumma vortäuschend, von Milian . . . 233
Epitheliom mit Kohlensäureschnee behandelt, von Thomson 261
Ein durch Behandlung mit Radium geheilter Fall von Pagetscher Krankheit am Nabel, von W. A. Milligan 292
Multiples Akrosarkom (Kaposi). Besserung durch Arsenik, von Rasch 293
Sarcomatosis cutis (Spiegler), von R. Polland 320
Das Radium und der bösartige Krebs, von Louis Wickham 324
Zwei mit Fulguration behandelte Fälle von Ulcus rodens, von P. Turner 327
Multiple melanotische Sarkome der Haut, welche möglicherweise Metastasen eines 18 Monate zuvor operierten Hautsarkoms repräsentieren, von V. W. Low . . 327
Flächenhaftes Lymphepitheliom bei Brustdrüsenkrebs, von A. Fage und R. le Blaye 379
Der Kampf gegen den Krebs, von Claudio Hernandez Ros y Navarro 467
Über das Sarcoma multiplex haemorrhagicum (Kaposi), von Carl Sternberg . . . 527
Über generalisierte multiple Epitheliome der Haut, von St. Weidenfeld 528
Die zirkumskripte präkanzeröse Melanose, von W. Dubreuilh 564. 729
Ein Fall von Nävokarzinom, von H. Bertier und R. J. Weißenbach 565
Das Hautepitheliom, V. D'Amato 599
Ulcus rodens, den sulcus retro-auricularis betreffend, von J. H. Sequeira 651
Ein Fall von Abnormitäten der Fingernägel in Verbindung mit sekundären Karzinosis, von E. G. Fearnsides 708
Erythemausbruch bei einem Manne mit malignem Magentumor, von Adler 727
Pagetsche Krankheit beim Manne, von Gaucher und Bricout 727
Epitheliom auf Lichen simplex chronicus, von Gaucher und Bricout 727
Lymphadenom der Tonsille, das einen syphilitischen Schanker vortäuschte, von Jules Renauld und André Cain 728
Die Wirkung der Produkte der homogenen fötalen Autolyse bei malignen Tumoren des Menschen, von G. Fichera 735
Über Tumorreaktionen mit besonderer Berücksichtigung der Meiostagminreaktion, von A. Stammler 735
Beitrag zur Serodiagnostik der malignen Tumoren, von P. v. Monakow 736
Die Röntgenstrahlen als Heilfaktor bei malignen Tumoren, von Aspinwall-Judd 736
Über den Wert der Kombination von Röntgenstrahlen und Hochfrequenzbehandlung bei malignen Tumoren, von R. Werner und A. Caan 736
Über die Behandlung bösartiger Geschwülste mit radioaktiven Substanzen, speziell mit Aktinium, von S. Czerny und A. Caan 736
Die Behandlung von malignen Gewächsen mit Radium, von C. Moullin 737
Über die Behandlung bösartiger Geschwülste mit Mesothorium und Thorium X, von V. Czerny und A. Caan 737
Ein Fall von Riesenzellensarkom, mit Radium erfolgreich behandelt, von Wm. B. Snow 737
Beitrag zum Studium der multiplen Hautsarkome, von François Philippon . . . 737
Zungensarkom und einige Affektionen, welche dasselbe vortäuschen, von E. M. Foote 738
Experimentelle Untersuchungen über Rattensarkom, von P. Uhlenhuth, K. Haendel und K. Steffenhagen 738
Weitere Experimente in der Behandlung des inokulierten Sarkoms bei Ratten und Bemerkungen über einige am Blute zu konstatierende Begleiterscheinungen, von Helen G. Grünbaum und A. S. Grünbaum 738
Zur Biologie des Rundzellensarkoms des Hundes, von v. Dungern 738

Digitized by Google

Seite

Die Melanose und die melanotischen Tumoren. Der moderne Stand der Frage. Eigene Untersuchungen, von Paul Bonnet 738
Epitheliome bei den Eingeborenen in Algier, von Brault 740
Die Bedeutung einiger urologischer Befunde für die Diagnose der malignen Epithelialtumoren, von Luigi Caforio 740
Multiple Epitheliome der Haut, mit Mischgeschwulst der Parotis, von Th. M. van Leauwen 740
Epitheliom der Hände und Drüsen; Exstirpation von zwei Fingern und den Drüsen, von R. Parker 741
Epitheliom der Ohrmuschel, von K. F. Sonntag 741
Geperltes Hautepitheliom, welches auf alle Sinus des Gesichts übergegriffen hatte, von Alfred Fallas 741
Großes Epithelioma vegetans der Stirn, von Dubois-Havenith 741
Epithelioma dissecans des Gesichts, von Dubois-Havenith 741
Epitheliom der Stirn. Rezidiv nach Röntgenbehandlung. Exstirpation. Heilung, von Dubois-Havenith 741
Epithelioma exulcerans vegetans der Stirn mit korrespondierender Drüsenschwellung. Röntgenbehandlung, von Dubois-Havenith 741
Über die Behandlung der Hautepitheliome mittels Radium, von Henri Adouy . . 741
Zungenepitheliom; 9 Jahre nach der Behandlung mit Röntgenstrahlen ohne Rezidiv, von Martin F. Engman 741
Röntgenrefraktäres Ulcus rodens, durch Röntgenbestrahlung geheilt, nach vorangegangener Sensibilisierung, von H. E. Schmidt 742
Ein Fall von Ulcus rodens mit einigen ungewöhnlichen Erscheinungen, von R. Farrant 742
Über Krebs, von C. D. Bond 742
Fortschritte der Krebsforschung, von C. E. Walker 742
Neue Ergebnisse der badischen Krebsstatistik, von R. Werner 743
Zur badischen Krebsstatistik, von W. Weinberg 743
Zur badischen Krebsstatistik, von R. Werner 743
Die statistische Häufigkeit als diagnostisches Moment bei Krebs, von W. Gordon 743
Der Kampf gegen den Krebs, von William Seaman 743
Zur Beurteilung der Schmidtschen Krebshypothese, von v. Wasielewski und Wülker 744
Das Verhalten der Wassermannschen Reaktion zum Karzinom, von A. Foerster 744
Die Rolle des Fettes bei der Ätiologie und dem Fortschreiten des Krebses, von G. T. Beatson 744
Zwei Vorlesungen über Unicellula cancri, den Parasiten des Krebses, von H. Bertlin 745
Die Lebensfähigkeit des Menschenkarzinoms an Tieren, von C. L. Williams . . . 745
Über die Bedeutung der Mäusekarzinome, von F. Henke 745
Subkutan immunisierte Mäuse sind auch immun gegenüber der Inokulation von Krebs an ihren internen Organen, von W. H. Woglom 745
Die Karzinome der Mundhöhlen- und Zungenschleimhaut auf der Basis der Leukoplakie. Ihre Prognose und ihre „Prophylaxe", von Franz Genschmer . . . 746
Über karzinomatöse Hautmetastasen, von Hugo Fasal 748
Diffuses Karzinom des Integumentes der weiblichen Mamma und Brust, von G. F. Beatson 748
Ungewöhnliche Verteilung der Metastasen bei Krebs der weiblichen Brustdrüse, von George Thos. Beatson 748
Ein Fall von Paraffinkrebs am Halse, von Alexander Miles 748
Ist Krebszerfall auszuheilen durch medikamentöse Behandlung?, von R. Roerig . . 748

b) Benigne.

Angeborenes Lymphangiom, von Lesser 31
Über das Molluscum contagiosum des Menschen (Kultur und andere Versuche), von R. Campana 35
Über einen Fall von primärer Lymphangiektasie der rechten Leiste. Behandlung mit Röntgenstrahlen, von Peyri 36
Zur Frage des Milium colloidale, von Schiperskaja 70
Zylindrome im Gesicht und auf der behaarten Kopfhaut, von de Beurmann, Verdun und Bith 124
Beitrag zur Kenntnis des Boeckschen benignen Sarkoids, von E. Galewski 179

Digitized by Google

Seite

Zwei selbständige primäre Neubildungen am Gesicht bei einer 72jährigen Frau, von denen die eine pigmentiert, die andere pigmentfrei war, von W. Fox 207
Zystische benigne Epitheliome mit Radiumtherapie geheilt. Ausgedehntes ulzeriertes Hautepitheliom, von T. Ratera 210
Konfluierende Adenomata sebacea, erfolgreich mit Radium behandelt, von Hudelo, Darbois und Gallet 234
Multiples benignes Sarkoid, von Arndt 290
Fall von multiplen Angiomen, von J. L. Bunch 291
Urticaria pigmentosa bei einem 10 Monate alten Säugling, von J. L. Bunch 291
Ein Fall von solitärem Hautmyom, von Moberg 293
Zur Kasuistik des hämorrhagischen Akroangioms, von Mordwinow 380
Diffuse Boecksche Sarkoide des Gesichts, von Pinkus 439
Ein Fall von Syringom, von Terebinsky 443
Zur Kenntnis der idiopathischen genitalen Lymphangiektasie, von Norbert Türk 444
Über das Molluscum contagiosum des Menschen, von R. Campana 465
Zur Unterscheidung der Urticaria pigmentosa von der Urticaria xanthelasmoidea, von Moritz Biach 531
Gürtelförmiges Lymph- und Hämangiom des Thorax, von Gaucher und Meaux-Saint-Marc 566
Fibrolipome nach subkutanen Injektionen von Chininchlorhydrat und Eisenkakodylat, von F. Balzer 566

c) Pigmentanomalien.

Melanodermie mit rascher Ausbreitung und Exfoliation, von Juan de Azua 209
Ein Fall von eigentümlicher Pigmentbildung am Gesicht, von H. Davis 598

D. *Regressive Ernährungsstörungen.*

Fall von idiopathischer Hautatrophie, von J. E. R. McDonagh 28
Makulöse Atrophie bei Lupus erythematosus, von E. G. G. Little 29
Alopecia areata bei einem Syphilitiker, von J. H. Sequeira 30
Über Lupus erythematosus, von S. Yamada 38
Atrophia cutis maculosa, von Bogrow 67
Lupus erythematodes, von Grintscher 68
Ulcera varicosa. Ihre Behandlung mit Berücksichtigung der Indikationsstellungen, von Franz Fischer 143. 205. 326
Sklerodermie im Verein mit Myositis fibrosa, von F. Langmead 208
Sklerema, von F. Langmead 208
Lupus erythematosus geheilt mit Applikationen von Trichloressigsäure, von Serrano 209
Zwei Fälle von Sklerodermie, von Sh. Yamada 211
Lupus erythematosus, von Thompson 232
Ambulante Behandlung der Beingeschwüre mit dem Zinkleimverband, von Longin 237
Fall von Lupus erythematosus mit Lokalisation auf der Kopfschwarte, von F. Colcott Fox 291
Fall von Vitiligo, von E. G. G. Little 291
Über Röntgenbehandlung von Lupus erythematosus, von Moberg 293
Fall von Sklerodermie in Verbindung mit Hemiatrophia facialis, von Afzelius .. 293
Diffuse idiopathische Hautatrophie, von Haslund 293
Die Ätiologie des Lupus erythematosus, von Douglas Freshwater 409
2 Fälle von Sklerodermie, von H. Isaak 438
Lupus erythematodes acutus disseminatus, von Ledermann 440
Fall von Striae cutis distensae, von E. G. G. Little 445
Über Vitiligo, von Julius Wisniewski 445
Lupus erythematosus auf der linken Seite des Gesichts und Halses bei einer chronisch Dyspeptischen, von Jourdanet und Lebar 566
Sklerodermie mit Affektion der Mundschleimhaut und Basedow-Addison-Symptomen, von C. Rasch 597
Fall von Morphoea guttata, von A. W. Williams 598
Zwei Fälle von Alopecia universalis, von E. G. G. Little 598
Alopecia universalis mit gleichzeitiger Dystrophie der Nägel, von J. H. Sequeira 598
Atrophia cutis idiopathica progressiva acquisita, von Fokin 648
Die Ätiologie des Lupus erythematosus, von Douglas Freshwater 650

Digitized by Google

Seite
Ein Beitrag zu unseren Kenntnissen über die Nävo-Xantho-Endotheliome, von J. E. R. McDonagh 650
Trichosporosis nodosa, von J. M. H. Macleod 651
Fall von kongenitalem Xanthom, von J. L. Bunch 708
Sklerodermie mit nachfolgender Hautatrophie, von Heller 726

E. *Idioneurosen.*

Akute Prurigo. (Lichen simplex acutus, Prurigo autotoxica Tommasoli, Prurigo simplex Brocq, Urticaria papulovesiculosa Neisser, Ekzema papulosum der Wiener Schule), von Juan de Azúa 36
Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von generalisiertem Pruritus, von J. Batera 37
Das Verhältnis der Prurigo Hebra zur Tuberkulose, von Boas 293
Ein Fall von Pruritus der Genitalien geheilt durch Hochfrequenz, von Leopoldo Rodriguez F. Sierra 355
Hebrasche Prurigo bei einem 15 Monate alten Mädchen, von T. C. Fox 708

F. *Sekretionsanomalien.*

Talgzyste, von Thomson 232
Über angeborene Sekretstauung in den Talg- und Schweißdrüsen, von H. Hinselmann 531

G. *Mißbildungen.*

Ichthyosis follicularis bei einer 18jährigen Patientin, von J. M. H. McLeod . . . 28
Ichthyosis bullosa, von George Pernet 33
Die Behandlung der Hypertrichosis, von Albert C. Geyser 70
Systematisierter flacher Gefäßnävus, von P. Noel 125
Behandlung des Naevus vasculosus mit Kohlensäureschnee, von D. Friedlander 205
Ein Nävus mit dem Aussehen der Kupferfinne, von Gaucher, Gougerot und Thibaut 234
Behandlung der systematisierten verrukösen Nävi (lineäre und herdförmige) mittels Bestrahlung und Kohlensäureschnee, von Hudelo und v. Jong 236
Ichthyosis, von Bruhns 289
Eine neue Methode zur Beseitigung des Frauenbartes, von Frau W. Schwenter-Trachsler 321
Fall von Nävus, von M. Morris und S. E. Dore 326
Ein eigentümlicher Nävus, von A. W. Williams 327
Naevus pilaris, dessen Haare in „Köcherform" stehen, von J. du Castel 409
Naevi miliares telangiectodes, von F. Balzer, Barcat und H. Godlewski 411
Ausgedehnter Nävus mit Beteiligung vorwiegend der linken Körperhälfte und der rechten Seite des Halses bei einem 14jährigen Mädchen, von J. H. Sequeira 445
Symmetrische Naevi miliares telangiectodes des Gesichts, von F. Balzer, Barcat und Condat 566
Kleiner Naevus linearis der Palmarseite der Hand bei einem 5jährigen Mädchen, von S. E. Dore 598
Kongenitaler Mangel der Fingernägel, von A. Bergé und K. J. Weißenbach . . 730

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a) Allgemeines.

Unklare Veränderungen der Harnwege, von Abr. L. Wolbarst 69
Die Beeinflussung der infektiösen Prozesse der Harnwege, von Casper und Citron 72
Automobil und Sexualvermögen, von Notthafft 72
Moderne Methoden der Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane, von Leo L. Michel 92
145 Litholapaxien, von Krebs 93
Styptol bei Pollutionen, von Piersig 96
Über die psychische Onanie, von Porosz 96
Diabetes insipidus und Entwicklungshemmung nebst Bemerkungen zur Differentialdiagnostik des Diabetes insipidus, von H. Strauß 143

Digitized by Google

Seite

Über den Wert des urologischen Koeffizienten bei Nierenoperationen, von Guido Bonzani 143
Lokomotorische Ataxie und ihre Beziehung zur Urologie, von Henry Klussman 264
Die präkokzygealen Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung bei der Spermatorrhöe und der sexuellen Impotenz, von Enriqe Perez-Grande 293
Die Steinkrankheit im Laufe der Zeiten, von Pousson 294
Die Bedeutung und Erklärung der sexuellen Träume, von Moritz Porosz 320
Ein neues Instrument zum Messen von Sonden, von Cathelin 533
Die Röntgendiagnostik in der Urologie, von G. Maingot 602
Verdauungsstörungen und Harnkrankheiten, von William S. Wadswooth 623
Enuresis und Masturbation, von Joseph H. Lopez 624

b) Penis, Urethra, Blase.

Zystitis beim Weibe, von J. Dawson Whitall 70
Die Bakterien der normalen Harnröhre beim Manne, von A. v. Wahl 71
Die „Rosenkranzsonde" für Urethralmassage, von Tittinger 73
Über das Zystoskop, von Leo Burger 92
Die Bakterien der normalen Harnröhre des Mannes, von Picker 93
Über endourethrale Eingriffe bei chronischer proliferierender Urethritis, von Lohnstein 93
Über die Unzulänglichkeit der Chromozystoskopie für die funktionelle Nierendiagnostik, von M. Roth 93
Über die Regeneration der Pars prostatica urethrae im Verhältnis zu dem experimentellen Studium der Folgen der Prostatektomie, von Wischnewsky . . . 93
Retentio urinae non prostatica der senilen Blase, von Ware 94
Blasenneuralgie infolge von Varikozele, von Maraini 94
Umwandlung des Blasenepithels in sezernierendes Zylinderepithel, von Zuckerkandl 94
Kongenitale Divertikel der Urethra, von Haberern 95
Modellzystoskop, von Bätzner 95
Über Verbesserungen an den optischen Systemen der Zystoskope, von M. v. Rohr 96
Neue scharfe Blasenzange zum Operationszystoskop, von F. Schlagintwelt 96
Meine Methode der intravesikalen Operation von Blasentumoren, von Blum 96
Beiträge zur Urethroskopie der vorderen und insbesondere der hinteren Harnröhre, von H. Wossidlo 212
Ein Fall von tuberkulöser Striktur der Urethra bei einem Kranken mit Tuberkulose der Harnwege, von Georges Constantinesco 238
Neue elektrolytische Instrumente zur Behandlung der Urethralstrikturen, von Li Virghi Girolano 238
Ein Fall von Darmverschluß durch Würmer nach einem suprapubischen Steinschnitte, von Mélikiantz 262
Ausgedehnte Resektionen der Blase, von D. Giordano 262
Ausgedehnte Resektionen der Blasenwand, von Hurry Fenwick 262
Ausgedehnte Resektionen der Blase, von Rovsing 262
Eine einfache Modifikation des Albarranschen Zystoskops, um die Beschmutzung des optischen Apparates beim Einführen durch die Urethra zu verhindern, von Reynès 263
Neues Urethrotom, von F. Legueu 263
Erkrankung und Behandlung am Colliculus seminalis, von George Knowles Swinburne 264
Blasenpapillom, behandelt mit hochfrequenten Strömen, von James A. Gardner . 264
Saug-Drainage bei Blasenkrankheiten, von Nathan G. Bozeman 264
Pathologisch-anatomische Untersuchung der totalen Blasenexstrophie, von André Hovelacque 294
Bildung einer neuen Blase und einer neuen Urethra, von Heitz-Boyer und A. Hovelacque 380
Pathologisch-anatomische Untersuchung der vollständigen Blasenexstrophie, von André Hovelacque 380
Ein Fall von doppelter Harnröhre beim Manne, von G. Marion 380
Ein Fall von Paraphimose, von Hamrat-Kurek 381
Die Entwicklung der Behandlung der Blasentumoren, von A. Grandjean 533

Digitized by Google

Seite

Behandlung der plastischen Induration der Corpora cavernosa mit Radiotherapie, von Bernasconi 534
Ein neues Operationszystoskop, von William N. Senn 624
Zur Kasuistik der Strikturen nicht blennorrhoischen Ursprungs, von Himmel . . . 653
Meine Methode der intravesikalen Operation von Blasengeschwülsten, von Victor Blum 677
Die auf ektopischen Blasen entwickelten Karzinome, von P. Legène und A. Hovelacque 679
Die Ableitung des Urins bei Operationen der Urethra, von G. Marion 680
Fremdkörper, vom Appendix herstammend, welcher einen Blasenstein vortäuschte, von E. Desnos 680
Über die Neubildung der Urethra durch zirkuläre Urethrorrhaphie mit Ableitung des Urins, von G. Marion 680
Die Anwendung von Leitsonden bei gewissen Urethralstrikturen, von Nougées . . 681
Wie soll man sich nach Spaltung eines Urinabszesses gegenüber der Urethra verhalten? von V. Rochet und L. Thevenot 730
Ein Fall von doppeltem kongenitalem Blasendivertikel, von H. Brongersma . . . 731

c) Hoden und Samenbläschen.

Über Vesikulitis, von Henry Reynès 534
Beiderseitige Orchitis durch Filariose, von M. Mauchaire 681

d) Prostata.

Perineale oder suprapubische Prostatektomie, von G. Kolischer und H. Kraus . 69
Peritheliom der Prostata, von Harlan Shoemaker 70
Bemerkungen über das Prostatasekret, von Posner 71
Zur Kenntnis der Natur der Prostatakörner, von Fürbringer 71
Der steife Seidenkatheter zum Gebrauch bei Prostatavergrößerung, von Heyse . . 72
Bemerkungen über das Prostatasekret, von Posner 73
Prostatalipoide und Prostatakonkretionen, von Hans L. Posner 95
Betrachtungen über den Ursprung der sogenannten Prostatahypertrophie, von Marion 95
Über eine biologische Beziehung zwischen Prostata und Geschlechtsdrüsen und der letzteren untereinander, von Arthur Goetzl 144
Über die Technik und die Resultate der suprapubischen Prostatektomie in zwei und drei Zeiten nach eigenen Beobachtungen, von B. N. Colzow 212
Zwei neue Instrumente für die transvesikale Prostatektomie, von V. Compan . . 238
Ein Fall von karzinomatöser Degeneration einer hypertrophischen Prostata, von Liukumobitsch 262
Dauerresultate der Prostatektomie, von Regino Gonzales 262
Resultate von 207 Prostatektomien, von Victor Pauchet 262
Die Dauerresultate der Prostatektomie wegen Prostatahypertrophie, von Proust . 262
Die unmittelbaren Resultate der Prostatektomie, von Zuckerkandl 262
Die Resultate der Prostatektomie, von Hugh Hampton Young 262
Die zytotoxische Behandlung der Prostatitis blennorrhoica, von Josef Sellei . . . 321
Bau und Funktion der Prostata beim Rotfuchs, von C. W. G. Rohrer 467
Gibt es einen bestimmten Unterschied zwischen dem Prostatasekret bei einem normalen Falle und bei einer Prostatitis? von E. Bjoerling 529
Spontanblutungen bei Prostatikern, von B. Motz 533
Gedanken über die Prostata, von Viktor C. Pedersen 533
Lithiasis prostatica, von J. Tanton 731

e) Nieren, Ureter, Harn.

Pyelographie und die Verwendung von Kollargol für die Diagnose der Erkrankungen der Urinwege, von W. I. Bruce 31
Therapie der Harnverhaltung, von William F. Gordon 69
Funktionelle Nierendiagnose, von Louis E. Schmidt und Hermann L. Kretschmer 70
Radiographie von mit Gas oder Luft aufgefüllten Nieren, von Lewis Gregory Cole 70
Über die Chromoureteroskopie in der funktionellen Nierendiagnostik, von Thomas 72
Zur Geschichte der Nierenschüsse, von E. Küster 72
Ureterenstein, von Hugh N. McKechnic 92

Digitized by Google

Seite
Nierenspülungen bei Pyelitis, von Ferdinand C. Walsh 92
Beiträge zur Diagnostik und Symptomatologie der Nephrolithiasis, von Reydel . . 92
Beiträge zur Chirurgie der Nierensteine, von P. A. Müller 93
Die Röntgendiagnose der Nephrolithiasis, von Hartung 93
Doppeltes Nierenbecken, das eine gesund, das andere infiziert, von W. Starck . . 93
Nachblutungen nach Nephrotomien, von Pleschner 94
Beitrag zur Symptomatologie, Diagnose und Behandlung der Hufeisenniere, von Rovsing 94
Beitrag zum Studium der kongenitalen Hydronephrose, von Verhoogen und de Graeuwe 94
Nephrotomie als Ergänzungsoperation bei Pyelolithotomie und über die Bedeutung der Pyelolithotomie für die Verhütung von später konsekutiver Nierenblutung bei Nephrolithotomie, von Rushnetzky 94
Betrachtungen über die Nierensekretion, von Heresco 95
Metastatische Karzinose der Ureteren mit Anurie bei gleichzeitiger Nephritis, von Schlagintweit 95
Traumatische Hydronephrose, geheilt durch Pyeloneostomie, von Wildbolz 95
Rechtsseitige Nierentuberkulose mit rechtsseitiger Parametritis kompliziert; eigenartige nicht tuberkulöse Veränderungen am linken Ureter, von J. Voigt . . . 95
Ein Fall von beiderseitiger Verdoppelung der Nierenbecken und Ureteren, von A. Seelig 96
Experimentelle Beiträge zur Prüfung der Nierenfunktion, von Wohlgemuth . . . 96
Portio intramularis der Ureteren und Trigonum vesicae. Die Varianten der Formen derselben, von Schewkunenko 96
Nephrektomie mit nachfolgender Entleerung des Urins der gesunden Niere durch den Ureterstumpf der Operationswunde, von Haberern 97
Nachweis des Salvarsans im Urin nach der Methode von Avelin, von S. de la Villa und J. Nonell 209
Die Bloßlegung beider Nieren wegen Nierentuberkulose, von G. v. Illyes 212
Aberrierende Steine des Ureters, von Samy Frenkel 237
Die Diagnostik der Ureterensteine, von Leopold Casper 238
Die chirurgische Behandlung der akuten Nephritis, von G. Worms und A. Hamant 238
Phosphaturie und Oxalurie, von Teissier 262
Oxalurie und Phosphaturie, von Richter 262
Nierenkolik, von A. Hamilton Lewings 263
Uretersteine, die in der Urethra prostatica eingekeilt waren und durch die Harnröhre entfernt wurden, von M. Gallois 263
Versuche einer chirurgischen Behandlung der sogenannten Harnverhaltung ohne mechanisches Hindernis, von Rochet 263
Einfache Nephrotomie bei infizierter Steinniere mit großen Steinen, von Rochet 263
Frühdiagnose der Nierentuberkulose und ihre Behandlung, von Howard D. Lewis 264
Kolloidale Silberinjektionen bei der Nierendiagnose, von Lawrence T. Price . . 264
Untersuchungen der Wechselbeziehungen zwischen Blut und Harn und insbesondere der Harnsäureexkretion in einem Falle von orthostatischer Albuminurie, von F. Widal, A. Lemierre und A. Weill 294
Die durch die Fibrome des Zervix verursachten Urinbeschwerden, von Félix Legueu 294
Gleichzeitige Entwicklung eines Karzinoms und einer Tuberkulose an derselben Niere, von G. Marion 295
Schnelldiagnose der Tuberkulose des Harnapparates vermittels einer neuen Methode (Antigenreaktion im Urin), von Maurice Heitz 295
Die chronischen, schmerzhaften Nephritiden, von Felix Marsan 296
Die Perikarditis bei Morbus Brightii, von Fernand Widal und André Weill . . 380
Bemerkung zu einer großen Zyste der Nebenniere, von P. Bourcy und F. Legueau 380
Betrachtungen über die Pathologie und Chirurgie der Hufeisenniere, von Georges Botez 380, 601, 679
Experimentelle Studie über die Widerstandsfähigkeit Einnieriger gegen Gifte, von Hans Wildbolz 413
Über die Gegenwart der Harnsäure im Blute und eine neue Methode ihrer qualitativen und quantitativen Bestimmung, von Mario Giordano 413
Über polyzystische Nierentumoren, von Paul Steiner 413

Digitized by Google

Seite
Niereninfektionen, von William Ross Jamieson 467
Die Niere und ihre Anomalien, von Zan D. Klopper 467
Beitrag zur Kenntnis der bei Quecksilberbehandlung vorkommenden Zylindrurie, von W. Reiß 530
Die Behandlung der Tuberkulose der Harnwege mit Tuberkulin, von Le Clerc Dandoy 534
Albuminurie und Ureterenkatheterismus, von Ch. L. Gauthier 534
Deszendierende Pyelonephritis während der Schwangerschaft durch kolibazilläre Septikämie, von Fernand Widal und René Bénard 601
Die Nierentuberkulose beim Kinde, von P. Vignard und Léon Thévenot . . . 601
Die Ausschließung der Blase bei der Nierenblasentuberkulose, von André Boeckel 601
Zystische intravesikale Dilatation des unteren Ureterendes. Kongenitale Hydronephrose durch Stenose der Ureteröffnungen, von Robert Rendu 602
Über den Wert der Pyelographie zur Diagnose des erweiterten Nierenbeckens, von Viktor Blum 624
Die Gesetze des Harnstoffs und der Chloride im getrennt aufgefangenen Urin, von F. Cathelin 680
Injektion von Kollargol in das Nierenbecken mit gleichzeitiger Durchleuchtung, von Th. Nogier und J. Reynard 681
Rasches Filtrieren eines alkalischen, trüben Urins, von François Fournier . . . 681

f) Blennorrhöe und Komplikationen.

Ein Fall von blennorrhoischer Talalgie, mit Röntgenstrahlen behandelt, von Julian Batera 36
Peritonitis acuta diffusa blennorrhoica, von Charles Goodman 69
Gründe für die ungenügenden Heilerfolge bei der Behandlung der Blennorrhöe der Geschlechts- und Harnwege, von Alfred Buka 69
Zur Frage des Einflusses der Blennorrhöe auf das Körpergewicht der Kranken, von Troitzki 71
Gonokokkenträger, von Asch 95
Ein Fall von allgemeiner Gonokokkeninfektion (Gonoseptikämie), von Cholzow . . 97
Über kontinuierliche Harnröhrenspülung und lokalisierte Harnröhrenmassage, von Dreuw 178
Zur Frage der sog. Tripperfollikulitiden, von Tschernogubow 184
Blennorrhagische Keratodermie bei einem jungen Manne, von E. G. G. Little und S. R. Douglas 207
Über neue Behandlungsmethoden blenorrhoischer Komplikationen, von Rohrbach 230
Klinisches und Pathologisch-Anatomisches über einen Fall von Gonokokkenpyonephrosis, von Enciro Emilio Franco 413
Über ein besondere Form der neutrophilen Leukozyten im blennorrhoischen Eiter, von J. Neuberger und Julius Cnopf 530
Die chronischen blennorrhoischen Prostatitiden. Ihre Behandlung speziell mit Röntgenstrahlen, von Tansard und Fleig 532
Wirkung und Bedeutung der „elektrolytischen Reinigung" bei der Behandlung chronischer Urethritiden, von Ernest Roucayrol 533
Abortivbehandlung der Blennorrhagie, von E. Montfort 534
Mechanische Behandlung der Urethraldrüsenentzündung, von M. Palazzoli 534
Beitrag zum Studium blennorrhoischer Ulzerationen, von Alberto Serra 599
Pyelitis bei Blennorrhöe, von Noah E. Aronstam 624
Zur Kasuistik der blennorrhoischen Entzündung der paraurethralen Zunge an der Raphe penis, von Tschernogubow 653
Ein Fall von Konjunktivitis bei akuter Blennorrhöe, von Paul Bartholow 677
Paraurethrale Drüseninfektion, von Oscar Owre 677
Beitrag zum Studium der chirurgischen Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis, von Jesus de Arrese 678
Die Behandlung der Gelenkkomplikationen der Blennorrhöe mit Antimeningokokkenserum, von P. Héresco und M. Cealic 679
Santal 681
Albuminurie, Nephritis und Pyelonephritis auf blennorrhoischer Grundlage, von B. Motz 730
Behandlung der hartnäckigen blennorrhoischen Infektionen der Frau, von G. Stoicesco 731

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Seite

Über eine neue Kanüle zur Blutentnahme aus der Vene und einem Handgriff zur Reinigung der Kanülen, von Dreuw 220
Einige seltene Typhuskomplikationen (Orchitis, Vaginalulkus, Pleuraempyem, Urtikaria, Colitis fibrinosa), von Fritz Geppert 244
Über die Himbeerzunge der Kinder, von G. E. Wladimiroff 276
Beitrag zur Rolle der Insekten als Krankheitsüberträger, von Erich Sergois . . . 276
Über die sogenannte Heilung der Bilharziosis durch Salvarsan, von A. Loos . . . 300
Der Circulus vitiosus bei Hautkrankheiten, von J. B. Hurry 300
Apparat zur intravenösen Salvarsaninjektion mit vorhergehender und nachfolgender Kochsalzlösung, von W. B. Dakin 300
Ein Fall von periodischer Speicheldrüsenschwellung, von Viktor Lange 337
Bericht über die Tätigkeit des pathologisch-anatomischen Institutes der Universität Santiago de Chile in den Jahren 1908 und 1909, von Westenhoeffer. . . . 337
Paraffinprothese und Radiographie, von Lagarde 396
Über die antagonistische Wirkung photodynamischer Sensibilisatoren auf ultraviolettes Licht, von Alfred Perutz 420
Die Behandlung der Geschlechtsleiden durch den praktischen Arzt, von Bruno Bloch 484
Mikrobische Natur der Urtikaria, der pruriginösen Dermatosen und des Herpes, von Aristides Fiallo 484
Ein Fall von Keratitis und Rosazea, von Burton Chance 516
Über einen Fall von polymorpher schmerzhafter akuter Dermatose, von A. Popoff 579
Das Koplikssche Zeichen außerhalb der Masern, von Well und Gardère 611
Ein neues Präparat zum Schutz der gesunden Haut bei Röntgenbehandlung, von E. Wurm 692
Über Lähmung nach Esmarchscher Blutleere, von W. Kausch 692
Über den Wert der Umbilikalgegend bei der Identifizierung von Personen, von Antonio Lecha 692

Verschiedenes.

Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little 29
Zwei Fälle von Lupus tuberculosus mit Röntgenstrahlen behandelt, von Julian Batera 36
Medikamentöse Binden, von Jaime Peyri 37
Nacktheit und öffentliche Moral, von W. Shufeldt 70
Heilkunde und Sittlichkeit, von O. Edward Janney 70
Ein Tag in Dr. Max Josephs Poliklinik in Berlin, von R. B. H. Gradwohl 70
Die Wassermannsche Reaktion bei Krankheiten der Nase und des Rachens, von Joseph Weinstein 70
Dermatologische Statistik 1910, von Paul François 107
Behandlung der Angina Plaut-Vincenti mit Salvarsan, von Marcel Sourdel . . . 132
Bericht über die Soldatenheime, von Joly 132
Dermatologische Unarten, von T. Robinson 132
Einige Wandlungen in der Diagnostik und Therapie der Geschlechtskrankheiten, von R. Winternitz 132
Behandlung der Analfistel mit Exzision und Naht, von E. C. Beck 132
Weibliche Pflege bei Männerkrankheiten, von Wilhelmine Offer 132
Gibt es Krankheiten der Dentition? von Feer 132
Klinische Erscheinungsformen des aphtösen Fiebers. Seine Behandlung, von Albert Lévy 132
Ein Fall von Hämochromatosis bei einem Diabetiker, von E. G. G. Little 208
Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little. 208
Mal del Pinto, von S. Watanabe. 211
Fall zum Diagnostizieren, von Dubois-Havenith. 232
Fall zum Diagnostizieren, von Dandois 261
Gefärbte Lösungen zur Lokalanästhesie, von Dubar jun. 263
Das Gesetz von Utah von G. Henry Bogart 264

Digitized by Google

Seite
Akute Infektionen an den Händen, von W. C. Cramp 264
Fall zum Diagnostizieren, von J. M. H. Mac Leod 291
Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little 326
Christoph Wren, englischer Arzt, von George Pernet 329
Die Wassermannsche Reaktion in den Fällen plötzlicher Taubheit, von V. D'Amato 412
Ein Fall zur Diagnose, von M. Friedländer 439
Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little 445
Fall zum Diagnostizieren, von J. M. H. Mac Leod 445
Fall zum Diagnostizieren, von G. N. Meachen 445
Fall zum Diagnostizieren, von J. H. Sequeira 445
Mitteilung über Allosan, von Max Arenstein 533
Primäre Sporotrichose des Fersenbeines, von L. M. Bonnet 564
Syringopipette für Laboratoriumsarbeiten, von Goubeau und Milian 567
Fall zum Diagnostizieren, von A. W. Williams 598
Ein Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little 598
Hautkrankheiten in China, von S. R. Klein 624
Salvarsanomania activa et passiva, von Gourari 652
Fall zum Diagnostizieren, von J. H. Sequeira 708

Sachverzeichnis 749
Namenverzeichnis 801

Digitized by Google

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

6. Januar 1912 | Nr. 1 | Band 54

An unsere Leser!

Die „Monatshefte für praktische Dermatologie“ treten in ihrem dreißigsten Lebensjahre vor ihre Leser in dem neuen Gewande einer Wochenschrift. Wie vor vielen Jahren sich die Monatsschrift in eine Halbmonatsschrift verwandeln mußte, um den vergrößerten Ansprüchen gerecht zu werden, so verlangt heute der schnelle Fortschritt der Wissenschaft ein wöchentliches Erscheinen unserer alten Zeitschrift.

Immer deutlicher scheiden sich die wissenschaftlichen Arbeiten in zwei Kategorien. In solche, die wertvolle Befunde, neue Ideen, gereifte Erfahrungen in aller Kürze zum Ausdruck bringen wollen, und solche, deren Hauptwert in ausgedehnten Versuchsreihen, sorgfältiger Kasuistik und umfassender klinischer Betrachtung liegt. Jene erstgenannten Arbeiten sind es, die sich am besten dem großen Referatenteil unserer Zeitschrift anschließen. Sie haben mit ihm die gleiche Tendenz der raschen Berichterstattung über das Wesentliche gemeinsam, welche sowohl im Interesse des Autors als des Lesers liegt.

Daher erwächst aus dem etwas größeren Umfang, den die neue „Dermatologische Wochenschrift“ gegenüber den alten „Monatsheften für praktische Dermatologie“ naturgemäß gewinnen wird, durchaus keine Konkurrenz für die bestehenden anderen Fachzeitschriften. Das allwöchentliche Erscheinen gibt vielen Autoren Gelegenheit, kürzere Arbeiten rasch zu publizieren, was eine ausführliche Bearbeitung desselben Themas mit dem ganzen Apparat der Kasuistik, mit Versuchsprotokollen und Tafeln in Archiven nicht ausschließt.

Naturgemäß sind es hauptsächlich die jüngeren Kräfte, die sich heute in unserem Fach wissenschaftlich betätigen, für welche die Dermatologische Wochenschrift aus den genannten Gründen das geeignete Organ darstellt. Auf ihre Mitarbeit hofft unsere Zeitschrift in erster Linie. Wir rechnen aber auch ganz besonders auf die Mitarbeit der Vertreter der vielen anderen Disziplinen (wie der Chemie, Physik, Bakteriologie usw.), deren Unterstützung die moderne Dermatologie nicht mehr entbehren kann und deren in den verschiedensten Spezialblättern verstreute Arbeiten dem dermatologischen Leserkreise bisher nur schwer zugänglich waren.

Digitized by Google

Diesen Umständen Rechnung tragend, haben zwei hervorragende Vertreter der jüngeren Dermatologengeneration, die Herren Professor Dr. Rille-Leipzig und Dr. Delbanco-Hamburg sich bereit gefunden, mit mir die gesteigerte Arbeit der Redaktion in Zukunft zu teilen und die Zeitschrift, die ihren ersten dreißigjährigen Lebensabschnitt vollendet hat, den Bedürfnissen der neuen Zeit kraftvoll und umsichtig anzupassen. Mein alter Freund und Mitarbeiter Dr. Taenzer wird nach wie vor den Referatenteil in der vorbildlichen Weise leiten wie bisher.

P. G. Unna.

Zur Chemie der Haut.

IX.

Die Verteilung des Sauerstoffs und der Sauerstoffermente in der Haut.

Von

P. G. Unna und L. Golodetz.

In einer Arbeit über das Reduktionsvermögen der histologischen Elemente der Haut[1]) konnten wir mittels bestimmter, leicht reduzierbarer Substanzen, welche bei der Reduktion einen Farbenumschlag zeigen, dieses Reduktionsvermögen zum erstenmal an Schnitten nachweisen. Als solche mikroskopische Reagentien auf Reduktion benutzten wir eine Lösung von Kaliumpermanganat, sodann eine Mischung von Eisenchlorid und Ferrizyankaliumlösung und endlich eine Chloroformlösung der Tetranitrochrysophansäure. Die reduzierenden Gewebselemente nehmen diese Lösungen auf und färben sich dabei in der Reduktionsfarbe, d. h. sie färben sich in der roten Mangansalzlösung: braun (durch Bildung von MnO_2), in der gelbbraunen Eisensalzmischung: blau (durch Bildung von Berlinerblau) und in der gelben Chloroformlösung: rot (durch Bildung eines roten Reduktionsproduktes).

Der Hauptsache nach sind diese Färbungen Protoplasmafärbungen. Alle Zelleiber sowohl der Bindegewebszellen wie die der Knäueldrüsen und Talgdrüsen, besonders aber die Stachelzellen des Deckepithels und der Haarbälge reduzieren stark und erzeugen dabei in ganz elektiver Weise echte Färbungen. Die Färbungen hören wie abgeschnitten an der

[1]) Zur Chemie der Haut. III. Monatsh. f. prakt. Derm. 1909, Bd. 48, 149.

Digitized by Google

Grenze des Kollagens und der Kerne auf, zum Zeichen, daß diese Substanzen nicht reduzieren. Es handelt sich bei diesen neuen Protoplasmafärbungen also um etwas ganz anderes und Bestimmteres, als was die Histologie bisher mit dem vielgebrauchten Worte: „Plasmafärbungen" im Gegensatz zu Kernfärbungen bezeichnete. Dieser Gegensatz beruhte auf der Differenz stark saurer Eiweißstoffe (z. B. Kerne, Knorpel) und schwächer saurer (z. B. Protoplasma, Kollagen). Aus Gemischen von basischen Farben (z. B. Methylenblau) und sauren (z. B. Eosin) zogen erstere die basischen, letztere die sauren an. Da aber alle eiweißartigen Bestandteile des Gewebes mehr oder minder sauer sind, waren diese „Plasmafärbungen" nicht scharf begrenzt, sie erzeugten nur „diffuse" Gegenfärbungen gegen die schärfer begrenzten basischen Kernfärbungen, so z. B. das sowohl Protoplasma wie Kollagen färbende Eosin. Die Schärfe der neuen Protoplasmafärbungen und ihr starker Kontrast gegenüber der Kernsubstanz und dem Kollagen beruht auf einem neuen Färbungskontrast, nämlich dem reduzierender und nichtreduzierender Gewebe.

Neben dem Protoplasma aller Zellen reduzieren an Hautschnitten fast ebenso stark die glatten Muskeln der Haarbälge, die quergestreiften, mimischen Muskeln und die Nerven und weiter, und zwar in noch höherem Grade, alle verhornten Substanzen, so die verschiedenen Schichten der Hornschicht, die Wurzelscheide, der Haarschaft und der Nagel. Da die Hornsubstanzen sämtlich (meist unter völligem Kernverlust) aus dem Protoplasma hervorgehen, welches an und für sich schon reduziert, so kann man mit Recht behaupten, daß bei der Verhornung des Protoplasmas eine noch weitergehende Reduktion eine wesentliche Rolle spielt, wie es die klinische und therapeutische Erfahrung übrigens auch schon längst gelehrt hat.

Unter den Interzellularsubstanzen verhält sich das Elastin schwach reduzierend, während Kollagen und Knorpel nicht reduzieren.

In einer weiteren Arbeit über Hautreagentien[1]) haben wir sodann unter dem Namen: Rongalitweiß eine Mischung der Lösungen von reduziertem Methylenblau (Methylenweiß) und Rongalit, einem starken Reduktionsmittel, als Indikator für die Gegenwart oxydierender Körper empfohlen. Die Oxydation zeigt sich durch das Auftreten von Methylenblau an. Die guten Erfolge, welche bei der Anwendung unserer Reagentien für Reduktion auf mikroskopische Hautschnitte erzielt wurden, führten zu dem Versuche, die Oxydationsorte innerhalb der Haut durch eine analoge Behandlung der Hautschnitte mit Rongalitweiß zu be-

[1]) Zur Chemie der Haut. VI. Monatsh. f. prakt. Derm. 1910, Bd. 50, 451.

Digitized by Google

stimmen. In einer Arbeit, welche sich mit den Geweben sämtlicher Organe des Tierkörpers beschäftigt[1]), wurde dieser Gedanke verwirklicht und führte zu einer indirekten Bestätigung der Erfahrungen, die mit den Reduktionsreagentien gewonnen waren. Diese letzteren hatten gelehrt, daß jede Reduktionsfärbung des Protoplasmas am Kerne haltmacht, daß der Kern mithin keine reduzierenden Substanzen enthält. Die Behandlung der Schnitte mit Rongalitweiß zeigte nun, daß der Kern im Gegensatz zum Protoplasma sogar oxydiert. Bringen wir Schnitte der Haut beispielsweise in Rongalitweiß und spülen die ungefärbten Schnitte mit Wasser ab, so beginnen alsbald die Kerne sich zu bläuen, indem sie das aufgenommene Leukomethylenblau oxydieren.

Es zeigte sich ferner, daß zu dieser Blaufärbung der Zutritt von Luft notwendig ist, daß es sich also nicht um eine einfache Sauerstoffabgabe des Kerns handelt, sondern um die Aktivierung des molekularen Sauerstoffs der Luft oder des Wassers durch den Kern. Es muß also im Kern ein Oxydationsferment enthalten sein. An die Sauertofforte in den Kernen schlossen sich auf Grund der Erfahrungen mit Rongalitweißfärbung für die Haut hauptsächlich noch solche in den Mastzellen und im Knorpel (z. B. Knorpel des Kaninchenohres) an.

Alle diese Sauerstofforte der Haut betreffen Gewebselemente, welche die Reduktionsagentien nicht zu reduzieren vermögen. Es besteht also zwischen den Ergebnissen beider Untersuchungsreihen volle Harmonie: Sauerstofforte und Reduktionsorte der Haut schließen sich gegenseitig aus. Diese Übereinstimmung der Resultate geht noch weiter. Dort wo die Epithelzellen der Kutis aufsitzen und ausnahmsweise ebenso wie die Epithelkerne von Rongalitweiß gebläut werden, vermögen sie auch ausnahmsweise nicht die Reduktionsreagentien zu reduzieren, wie wir das schon speziell vom Eisen-Zyan-Bild der Fußsohlenhaut beschrieben[2]) und von diesem und dem Manganbild derselben abgebildet haben. Dieses Ausschlußverhältnis von Sauerstofforten und Reduktionsorten ist aber nicht allein der Haut eigen, sondern findet sich an allen tierischen Geweben[3]). Von den bei diesen Untersuchungen sonst noch gefundenen Tatsachen sind speziell für die Hautpathologie wichtig: der reiche Sauerstoffgehalt der Leukozytengranulationen und des Granoplasmas der Plasmazellen.

---

[1]) P. G. Unna. Die Reduktionsorte und Sauerstofforte des tierischen Gewebes. Arch. f. mikrosk. Anat., 1911, Bd. 78. Waldeyer-Festschrift.

[2]) Zur Chemie der Haut, III. Monatsh. f. prakt. Dermatol., 1909, Bd. 48, 153 u. Tafel 2.

[3]) Die Reduktionsorte u. Sauerstofforte des tierischen Gewebes. Arch. f. mikroskop. Anat., 1911, Bd. 78. Waldeyer-Festschrift.

Digitized by Google

Diese neuen Aufschlüsse über konstante Sauerstofforte der Haut stellen uns natürlich vor die Frage, durch welche Ursachen eine solche Sauerstoffspeicherung in bestimmten Gewebselementen bewirkt wird. Wie schon oben angedeutet, sprechen die Tatsachen der Kernfärbung durch Rongalitweiß für das Vorhandensein eines Oxydationsfermentes in den Kernen. Der Fermentcharakter der neutrophilen Granula der Leukozyten war schon früher durch Ferdinand Winkler, der der Granulationen in den Zellen der Speichel- und Tränendrüse und sämtlicher Knochenmarkszellen von Walter Schultze auf Grund ihrer oxydierenden Eigenschaften nachgewiesen. Neuerdings sind diese Untersuchungen auf Oxydationsfermente mittels des von Adler für den Blutnachweis angegebenen benzidinmonosulfosauren Natriums von Kreibich[1]) und Fischel[2]) an Ausstrichpräparaten weitergeführt und bestätigt worden. Interessant ist die Angabe, daß auch in bestimmten Kernen und Ganglien bei diesen Färbungen sich Fermente nachweisen lassen.

Es erscheint also für uns ebenso notwendig wie aussichtsreich, das Hautgewebe mit Reagentien für Oxydationsfermente zu untersuchen und speziell zu prüfen, ob eventuelle Fermentorte der Haut mit den durch Rongalitweiß nachweisbaren Sauerstofforten derselben zusammenfallen oder nicht.

Es kann sich hierbei hauptsächlich nur um die beiden Oxydationsfermente handeln, die bisher in lebenden Organismen beschrieben sind, um: Oxydase und Peroxydase. Außerdem kommt noch die Katalase in Betracht, die allerdings nicht oxydiert, aber insofern mit den Oxydationsprozessen in Zusammenhang steht, als sie aus H_2O_2 molekularen O_2 freimacht, ohne letzteren zu aktivieren. Der beim Zusammenbringen von Katalase und H_2O_2 entwickelte molekulare Sauerstoff unterscheidet sich in nichts von dem in der Luft enthaltenen. Die Peroxydase zerlegt H_2O_2 (oder auch irgend ein anderes Peroxyd, wie solche von einigen Autoren im Organismus angenommen werden) unter Aktivierung des hierbei frei werdenden Sauerstoffs (Umwandlung von O=O in —O—O—). Eine Oxydase dagegen (z. B. Tyrosinase, Aldehydase) bedarf zu ihrer Wirksamkeit eines Peroxyds nicht, sondern vermag direkt molekularen Sauerstoff zu aktivieren und hierbei solche Stoffe zu oxydieren (z. B. Tyrosin, Salizylaldehyd), die durch Luftsauerstoff sonst nicht oder nur sehr langsam oxydiert werden. Das allen diesen Körpern: der Oxydase, der Peroxydase und der Katalase Gemeinsame ist ihr fermentativer Cha-

[1]) Kreibich, Über Oxydasen und Peroxydasen. Wiener klin. Wochenschr., 1910, 41.

[2]) Fischel, Der histochemische Nachweis der Peroxydase. Wiener klin. Wochenschrift, 1910, 44.

Digitized by Google

rakter, d. h. die Fähigkeit, schon in sehr geringer Menge zu wirken und die Eigenschaft, von Siedehitze zerstört zu werden.

Während die Anwesenheit der Katalase in einem Gewebe schon allein durch Zusatz von H_2O_2 erkennbar wird, indem sofort eine Gasentwicklung (O_2) vor sich geht, bedürfen wir zum Nachweis von Oxydasen und Peroxydasen hauptsächlich eines Stoffes, der sich in Berührung mit aktiviertem Sauerstoff oxydiert und dabei eine spezifische Färbung erkennen läßt. Folgende Stoffe sind hierfür in Anwendung gekommen: Benzidin (blau), Guajakol (purpurrot: Tetraguajakchinon), Pyrogallol (purpurrot: Purpurogallin), Hydrochinon (rotbraun), Phenolphtalin (rot bei Gegenwart von Alkali), p-Kresol (milchtrüb), o-Kresol (grün), ferner Leukomalachitgrün in alkoholischer Lösung (grün). Die zum Nachweis von Oxydasen von SCHOENBEIN eingeführte klassische Reaktion mit Guajaktinktur hat zu Widersprüchen und falschen Schlüssen geführt und gilt daher heutzutage als nicht ganz zuverlässig. Am besten eignet sich unter den oben genannten Indikatoren[1]) eine Benzidinlösung sowohl wegen ihres scharfen und für das Auge sehr auffälligen Umschlags von Farblosigkeit in Blau als auch wegen ihrer Haltbarkeit.

Der Unterschied von Oxydase und Peroxydase ist nun, wie bereits erwähnt, der, daß Oxydase die genannten Reagentien direkt oxydiert und verfärbt, während die Peroxydase es nur bei Gegenwart eines Peroxyds, beispielsweise von H_2O_2, tut, indem sie aus letzterem aktiven —O—O— frei macht, der nun seinerseits die Oxydation vollführt. Bei der Peroxydase tritt also das System: Peroxydase + Peroxyd + Indikator in Wirkung. Setzen wir in dieses System beispielsweise die Stoffe: Meerrettichextrakt (Peroxydase) + H_2O_2 (Peroxyd) + Benzidin (Indikator) ein, so kann die Mischung von je zweien derselben stets dazu dienen, den unbekannten dritten nachzuweisen. Bringen wir beispielsweise das farblose Gemisch von Benzidin + H_2O_2 mit irgend einer Substanz zusammen und färbt sie sich hierbei blau, so erkennen wir, daß dieselbe Peroxydase enthält. Behandeln wir andererseits irgend einen Stoff mit einem Gemisch von Benzidin + Meerrettichextrakt und entsteht hierbei Blaufärbung, so können wir mit Sicherheit in jener Substanz die Gegenwart eines Peroxyds annehmen[2]).

Während also die Erkennung und die Unterscheidung der einzelnen oxydierenden Fermente gar keine Schwierigkeit macht, ist das Wesen dieser Fermente selbst, der

---

[1]) Kurz für: Indikatoren auf Sauerstoff.

[2]) Wir haben versucht, die Kombination der genannten Substanzenpaare (Benzidin + Meerrettichextrakt, Benzidin + H_2O_2), in Form von Reagierpapieren durch Tränkung von Fließpapier mit den entsprechenden Mischungen herzustellen und fanden die Papiere sehr geeignet zur Untersuchung von Flüssigkeiten auf Peroxyd und auf Peroxydase.

Digitized by Google

Chemismus der hierbei auftretenden Erscheinungen noch nicht klargestellt. Von den vielen Theorien wollen wir hier nur die wichtigsten herausgreifen und kurz wiedergeben.

SCHOENBEIN, der Entdecker des Ozons, stellte die grundlegende Tatsache fest, daß bei der langsamen Verbrennung außer dem Sauerstoff, der von einem leicht oxydierbaren Körper, z. B. Terpentinöl, verbraucht wird, gleichzeitig ebensoviel Sauerstoff in den aktiven Zustand übergeht, welcher ihn befähigt, schwer oxydable Körper, z. B. gleichzeitig vorhandenes Indigweiß, zu oxydieren. Da bei der langsamen Oxydation des Phosphors nicht nur Ozon, sondern auch Wasserstoffsuperoxyd entsteht, so schloß er auf eine Teilung des neutralen Sauerstoffs in negativ-aktives Ozon und positiv-aktives Antozon. Wenn diese Art der Erklärung sich auch in der Folge als unzutreffend erwies, so war SCHÖNBEIN doch mit der Annahme im Recht, daß eine Gruppe von „Antozoniden" existiert, organischen Körpern, welche den Sauerstoff anolog wie H_2O_2 gebunden enthalten. Wir nennen sie heute: Peroxyde.

Die Annahme der Spaltung des neutralen Sauerstoffs in zwei polare, aktive Modifikationen wurde zunächst noch von CLAUSIUS u. a. fortgeführt und von VAN'T HOFF als elektrische Spaltung in positive und negative Ionen gedeutet, während HOPPE-SEYLER und nach ihm BERTRAND u. a. die Spaltung des Sauerstoffmoleküls in zwei wesensgleiche Atome durch die Einwirkung von naszierendem Wasserstoff zustande kommen lassen. Ein O-Atom verbindet sich mit H_2 zu Wasser, während das andere O-Atom frei bleibt und schwierigere Oxydationen in statu nascendi ausführen kann. Diese Theorie von HOPPE-SEYLER erklärt aber weder die Differenz dieser O-Atome, welche sich darin äußert, daß die eine Hälfte die leicht oxydable Substanz, die andere die schwer oxydable oxydiert und auch nicht das konstante Auftreten von H_2O_2 bei der langsamen Verbrennung, welches SCHOENBEIN bereits bekannt war.

Hier setzte MOR. TRAUBES Theorie ein, nach welcher keine langsame Verbrennung ohne Mitwirkung von Wasser und Auftreten von H_2O_2 stattfindet. Die Oxydation findet nach ihm nicht auf Kosten des molekularen Sauerstoffs der Luft, sondern des gebundenen Sauerstoffs des Wassers statt und das H_2O_2 ensteht nicht, wie man früher annahm, durch Oxydation des Wassers, sondern durch Verbindung des aus dem Wasser frei werdenden Wasserstoffs mit molekularem Luftsauerstoff. Nach TRAUBE wird mithin bei der Aktivierung des Sauerstoffs nicht das Molekül Sauerstoff gespalten, sondern es wird als Ganzes verbraucht bei der primären Bildung von H_2O_2.

Die TRAUBEsche Theorie trifft für manche Fälle von langsamer Verbrennung zu, aber nicht für alle. Eine allgemeine Theorie dieser Erscheinung wurde, hauptsächlich auf Grund der von SCHOENBEIN und TRAUBE festgestellten Tatsachen, unabhängig von einander von ENGLER und BACH gegeben, indem diese Forscher betonten, daß die von TRAUBE geforderte Entstehung von H_2O_2 richtig, aber dahin zu erweitern sei, daß allgemein die Bildung eines „Peroxyds" der Aktivierung des Sauerstoffs vorhergehen müsse. Da die freie Energie der oxydierbaren Körper nur gering ist, so wird der molekulare Sauerstoff durch dieselben nicht vollständig gespalten, sondern es wird nur die eine Bindung der Atome gesprengt, aus O=O wird —O—O—. Nach dem Typus des Wasserstoffsuperoxyds H—O—O—H sind nun die Peroxyde nach ENGLER und BACH durch zwei untereinander einfach verkettete Sauerstoffatome im Molekül (—O—O—) charakterisiert. Peroxyde — im Gegensatz zu gewöhnlichen Oxyden — gibt es nur, wo diese einfach gebundene Sauerstoffkette auftritt. Dieselbe wird natürlich leichter zerrissen als molekularer Sauerstoff und gibt daher leicht ein Atom O oder alle beide zu weiteren Oxydationen her. Die Bildung eines Peroxyds und seine oxydative Wirkung würde also so zu denken sein:

Digitized by Google

Znnächst lagert sich das Sauerstoffmolekül an den autoxydablen, reduzierenden Stoff (R) an. Dabei entstehen Peroxyde von der Struktur $R\begin{smallmatrix}O\\|\\O\end{smallmatrix}$. Das so entstehende Peroxyd reagiert nun mit schwer oxydablen Körpern, den Akzeptoren nach Engler (A), wobei die Hälfte des von R aufgenommenen Sauerstoffs an A übertragen wird:

$$R\begin{smallmatrix}O\\|\\O\end{smallmatrix} + A = RO + AO.$$

Der sich hierbei bildende RO kann unter Umständen sein zweites Sauerstoffatom unter Regenerierung von R an den Akzeptor abgeben:

$$RO + A = R + AO.$$

Bei Gegenwart von Wasser werden die meisten Peroxyde hydrolysiert, d. h. in Oxyd und Hydroperoxyd gespalten:

$$R\begin{smallmatrix}O\\|\\O\end{smallmatrix} + H_2O \longrightarrow R\begin{smallmatrix}O-OH\\|\\OH\end{smallmatrix} \longrightarrow RO + H_2O_2.$$

In diesem Produkt: RO[1]) + H_2O_2 können wir je nach dem Eingreifen verschiedener Fermente verschiedene Veränderungen bewirken. Entweder es wirkt darauf Katalase ein, dann erfolgt die Umsetzung in folgendem Sinne: $RO + H_2O_2 \longrightarrow RO + H_2O + O$.

Oder Peroxydase, dann geschieht die Umsetzung so: $RO + H_2O_2 \longrightarrow RO + H_2O + \overset{|}{O}$.

Hier wirkt also die Peroxydase als spaltendes Ferment auf das intermediär aus dem Peroxyd entstehende H_2O_2.

Ob RO zu R regeneriert, d. h. reduziert wird und in den Kreisprozeß von neuem wieder eintritt, ist unbestimmt. Möglich ist es, daß RO schon durch das Gewebe selbst zu R reduziert wird.

Nach obigen Auseinandersetzungen würde bei der fermentativen Oxydation stets zuerst ein sauerstoffreicheres Produkt gebildet, von welchem das schließliche Oxyd erst wieder regressiv abgespalten wird. Dieser Umweg gilt heutzutage als der gewöhnliche Weg der Fermentoxydation; ja Bach und Chodat gehen so weit, anzunehmen, daß was früher als einfaches Oxydaseferment beschrieben wurde, ebenfalls durch das kompliziertere System: Peroxydase + leicht oxydierbarer Körper geleistet werde; für letzteren schufen sie den Namen: „Oxygenase“ und definierten diese als einen Stoff von Proteinnatur, der leicht oxydiert werden kann und sich dabei in ein Peroxyd verwandelt. Das System: Oxygenase + Peroxydase leistet tatsächlich dasselbe, was früher von einer Oxydase verlangt wurde. Die „Oxygenase“ oxydiert sich erst zum „Peroxyd“, und dieses zersetzt sich durch „Peroxydase“ in $RO + H_2O + (-O-O-)$.

Wenn die Oxydationsfermente auch im allgemeinen durch Ausfällen wäßriger Gewebsextrakte mit absolutem Alkohol, in welchem sie

---

[1]) RO soll hierin nicht etwa ein niederes Oxydationsprodukt bedeuten, sondern nur die Art der Bindung in einem gewöhnlichen Oxyd veranschaulichen im Gegensatz zu der besonderen Art peroxydartiger Bindung in $R\begin{smallmatrix}O\\|\\O\end{smallmatrix}$; RO braucht nicht auf ein Sauerstoffatom beschränkt zu sein, es kann unter Umständen die höchsten Oxydationsprodukte wie CO_2, H_2SO_4 darstellen.

Digitized by Google

unlöslich sind, gewonnen werden und daher auch in alkoholgehärteter Haut vorhanden sein müssen, so zogen wir es doch vor, die Fermentorte zunächst an der frischen Haut des eben getöteten Tieres aufzusuchen.

Als mikrochemisches Reagens für Peroxydase diente uns gemäß den obigen Ausführungen ein Gemisch von einprozentiger alkoholischer Benzidinlösung und dreiprozentiger wäßriger Wasserstoffsuperoxydlösung zu gleichen Teilen. Peroxyde suchten wir mittels eines Gemisches von alkoholischer Benzidinlösung mit einem wäßrigen Meerrettichextrakt auf, welcher einen hohen Gehalt an Peroxydase besaß. Zum Nachweis von Oxydase benutzten wir die Benzidinlösung allein, zur Prüfung auf Katalase die Wasserstoffsuperoxydlösung allein.

Die Brauchbarkeit dieser Reagentien für die mikrochemische Analyse hatten wir vorher an feinen Schnitten von frischen Pflanzenteilen geprüft — speziell an solchen von Meerrettich, Bohnen, Erbsen und Kartoffeln — und wollen nur im Vorübergehen bemerken, daß sich daselbst mittels Benzidin und H_2O_2 die Peroxydaseorte in den Zellmembranen und Gefäßbündeln überall schön und mühelos darstellen lassen.

Zum Tiere übergehend untersuchten wir Stücke von der Haut (Schnauze und Ohr), Leber, Lunge, Niere und Milz einer eben getöteten Ratte. Dieselben wurden mit Kohlensäureschnee vereist und geschnitten. Einige wurden auf dem Objektträger mit einem Tropfen der Benzidin+H_2O_2-Mischung bedeckt. Es entstand sofort eine sehr starke Sauerstoffentwicklung, welche den Schnitt mit einer dicken Schaumlage bedeckte. Wischte man dieselbe nach einigen Minuten fort, so erblickte man darunter den blaugefärbten Schnitt und konnte feststellen, daß die blaue Farbe an den Kernen, den Mastzellen und dem Knorpel haftete. In diesen Gewebselementen ist also Peroxydase enthalten.

Andere Schnitte, allein mit Benzidinlösung begossen, ließen nirgends eine Färbung erkennen. Oxydase war also auf diese Weise nicht nachzuweisen.

Ein ebenso negatives Resultat ergab die Behandlung mit dem Gemisch von Benzidin und Meerrettichextrakt. Also war auf diese Art auch kein Peroxyd im Gewebe zu finden.

Die Behandlung der Schnitte mit Wasserstoffsuperoxyd allein ergab, wie zu erwarten war, eine stürmische O_2-Entbindung. Aber mikroskopisch ließ sich nicht feststellen, in welchen Gewebselementen der O_2 durch Katalase frei wurde, da jedes punktförmige Luftbläschen schnell zu einer großen Blase anwuchs, die den Herkunftsort an Größe vielfach überragte und zudem verdeckte.

Diese zweimal mit demselben Resultat wiederholte Untersuchung der Schnitte aus frischem Gewebe ergab also neben einem reichlichen, aber

Digitized by Google

nicht lokalisierbarem Katalasegehalt eine sehr deutliche und charakteristische Verteilung von Peroxydase; dieselbe war, soweit nachweisbar, an dieselben Gewebselemente geknüpft, welche mit Rongalitweiß sich als sauerstoffhaltig erwiesen hatten: Kerne, Mastzellen und Knorpel. Hier fielen also Sauerstofforte und Peroxydaseorte zusammen.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig.

Über Leucoderma psoriaticum der behaarten Kopfhaut.

Von

Prof. Dr. J. H. Rille.

Mit 1 Farbentafel.

Ist es schon schwer zu verstehen, weshalb eine so auffällige und häufige Hautveränderung wie das Leucoderma syphiliticum so lange Zeit unbeachtet bleiben konnte, so erscheint es nicht minder verwunderlich, daß die Kenntnis der analogen Depigmentierung im Gefolge der recht alltäglichen Psoriasis vulgaris erst aus der jüngsten Gegenwart datiert.

Ich selbst habe den ersten Fall dieser von mir folgerichtig als Leucoderma psoriaticum bezeichneten Hautentfärbung 1892 beobachtet[1]), und es dürfte bekannt sein, daß, von gelegentlichen Bemerkungen einzelner Autoren abgesehen, vor meinen diesbezüglichen Mitteilungen[2]) in keinem der gebräuchlichen dermatologischen Handbücher von Depigmentierungen im Anschlusse an abheilende Psoriasisplaques die Rede gewesen ist.

---

[1]) Fall von Psoriasis nebst Epitheliom der Unterlippe, demonstriert von Neumann in der Wiener Derm. Gesellsch. am 17. Mai 1893. Da der Vortragende das sehr extensive Leukoderma der Halsgegend übersehen hatte, ist es im Referate (Arch. f. Derm. u. Syph., 1893, Bd. 25, S. 983) nicht verzeichnet.

[2]) Rille, Wissenschaftl. Ärztegesellsch. in Innsbruck, 6. Mai 1899, 19. Januar, 3. Mai und 14. Dezember 1901. Wiener klin. Wochenschr., 1899, S. 674; 1901, S. 732 u. 883; 1902, S. 878.

Rille, 71. Versammlung deutscher Naturf. u. Ärzte in München, 19. Sept. 1899. Derm. Zeitschr. Bd. 6, S. 649.

Rille, Artikel „Leucoderma syph." in Bibliothek d. ges. med. Wissenschaft, hrsg. von A. Drasche, Ven. u. Hautkrankh. redig. v. Jul. Weiss. Wien und Teschen, 1900, S. 477.

Rille, Über Leucoderma syph. München, Seitz und Schauer, 1900, S. 8.

Rille, Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. Jena 1902, S. 57.

Rille, Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 73, 1905, S. 476.

Digitized by Google

Wenngleich selbst Beobachter wie Rosenthal[1]) und E. Lesser[2]) diese genuin psoriatische Leukopathie speziell auch mit der bekannten Dekoloration nach Chrysarobingebrauch irrtümlich identifiziert haben, so ist gegenwärtig die Existenz des Leucoderma psoriaticum (verum) als eines spontan sich entwickelnden Folgezustandes der vulgären Schuppenflechte wohl allgemein anerkannt. Wie aus den Publikationen von Assmy[3]), Ledermann[4]) u. a., welche bloß je einen Fall ihrer Beobachtung mitteilen, hervorzugehen scheint, ist noch immer die Meinung vorherrschend, daß es sich hierbei um recht seltene Vorkommnisse handle. Demgegenüber habe ich aber, gerade was die Frequenz des psoriatischen Leukoderma betrifft, bei der nicht geringen Zahl meiner Eigenbeobachtungen von Anfang an den entgegengesetzten Standpunkt vertreten. So konnte ich, nachdem ich schon 1892—1897 in Wien[5]) vier Fälle beobachtet hatte, unter 92 von 1898—1902 an der Innsbrucker Klinik behandelten Psoriasiskranken nicht weniger als 13 Leukodermen konstatieren[6]). Seither habe ich auf das ziffernmäßige Verhältnis nicht mehr so genau geachtet; dennoch finde ich unter 524 von mir 1903—1910 in Leipzig beobachteten Psoriasisfällen bei 20 den Ausgang in Leukoderma notiert[7]).

Bei diesen 37 Fällen von psoriatischem Leukoderma, über welche mir genauere Aufzeichnungen zur Verfügung stehen, war die Lokalisation:

1 mal die hintere Ohrfurche und Mastoidealgegend,
8 „ der Hals,
4 „ die Oberextremität,
14 „ die Brust,
9 „ die Seitenwand des Thorax,

[1]) Rosenthal, Berl. Derm. Gesellsch., 6. Febr. 1900. Derm. Zeitschr., Bd. 7, S. 245 f.

[2]) Lesser, Lehrb. d. Hautkrankh., 11. Aufl., 1904 u. 12. Aufl., 1908, S. 47.

[3]) Assmy, über Leucoderma psoriat. Med. Klinik Bd. 1, 1906, Nr. 6, S. 141 f.
Assmy, Nachtrag. Ebenda Nr. 8, S. 208.

[4]) Ledermann, Über Leucoderma psoriat. Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 84, 1907, S. 359 f.

[5]) Gijselman, Über Anwendung der Kakodylsäure in der Behandlung von Hautkrankheiten. Aus der derm. Abt. d. Allg. Poliklinik in Wien (Prof. Rille). Wiener klin. Wochenschr., 1899, S. 367 (Fall V).
Conradi, Klin. Analyse u. therap. Bemerkungen üb. 2500 Fälle aus der derm. Abt. d. Wiener Allg. Poliklinik. Inaug.-Dissert., Leipzig 1906, S. 34.

[6]) Größtenteils publiziert bei Kaufmann, Beiträge z. Kenntnis der Psoriasis vulg. Inaug.-Dissert., Leipzig 1904, S. 38 ff.

[7]) Die Zahl der von mir insgesamt beobachteten psoriatischen Leukodermen ist indes erheblich größer.

Digitized by Google

9mal die Bauchgegend,
16 „ der Rücken,
5 „ die Lumbalgegend,
1 „ die Nates,
3 „ die Oberschenkel.

Die Prädilektionsstellen des Leucoderma psoriaticum sind demnach die breiten Flächen des Stammes. Ehrmann[1]) führt dies auf die Häufigkeit der Arsenmelanose an diesen Körperpartien zurück. Seine Annahme trifft indes für meine Fälle, welche der Mehrzahl nach überhaupt keiner Arsenbehandlung unterworfen worden waren, durchaus nicht zu.

Das größte Interesse wegen der Differentialdiagnose gegenüber Syphilis haben die postpsoriatischen Depigmentierungen an Hals und Nacken. Bisher wohl erst in einem einzigen Falle bekannt geworden ist die von Nobl[2]) verzeichnete Beteiligung des Skrotum.

Eine weitere, bisher noch nicht beobachtete Lokalisation, nämlich an der behaarten Kopfhaut, sei im folgenden mitgeteilt.

A. F., 6 Jahre, Schleiferkind, aufgenommen am 4. IX. 1911.

Vor fünf Jahren Masern. Die jetzige Hauterkrankung besteht seit April 1911 und wurde mit Jodtinktur und einer Salbe behandelt. In der Familie weiter keine Psoriasis.

P. nicht groß; Ernährungszustand, Muskulatur und Fettpolster ziemlich gut, Körpergewicht 17 kg.

An Bauchhaut und Rücken, weniger in der Brustgegend linsen- bis talergroße, scheibenförmige, rosarote, mit weißlich glänzenden, dicken Schuppenlamellen belegte Effloreszenzen; ebenso an den Extremitäten, insbesondere an der Streckfläche. Mehrere Krankheitsherde am Rücken zeigen zentrale Abheilung und die Entwicklung von Ring- und Schlangenlinien.

An der behaarten Kopfhaut erbsen- bis zweimarkstückgroße, mit dicken, trockenen, gelblichweißen Schuppenhügeln bedeckte Plaques, welche in der Scheitelgegend konfluiert sind und gegen die Schläfen zu mehr einzeln stehen.

Die Farbe des Kopfhaares ist hellbraun, ebenso die der Augenbrauen, die der Iris graublau; keine anderweitigen auffallenden Pigmentierungen oder Depigmentierungen.

Therapie: Erweichung der Schuppen durch dreitägige Applikation von 5% Salizylvaselin, hierauf 10% Pyrogallolvaselin an Stamm und Extremitäten und Ungut. praecipit. alb. für die Kopfhaut.

---

[1]) Ehrmann, Wiener Derm. Gesellsch., 25. Januar 1905. Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 76, 1905, S. 93.

[2]) Nobl, ebenda.

Digitized by Google

Rille, Leucoderma psoriaticum.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig und Hamburg.

Druck von Dr. Trenkler & Co., Leipzig

Digitized by Google

Digitized by Google

5. X. Von den Psoriasiseffloreszenzen noch einzelne als schattenhafte, blaßrote Reste sichtbar, die meisten mit Hinterlassung normaler Haut vollständig zurückgebildet.

16. X. In letzter Zeit machen sich am behaarten Kopfe entsprechend den früheren psoriatischen Effloreszenzen scheibenförmige, deutlich von der dunkler gefärbten Umgebung sich abgrenzende blässere Hautbezirke bemerkbar. Der besseren Beobachtung halber Aussetzen der Präzipitatsalbe.

24. X. Da in der Scheitelhöhe neuerliche Schuppen gewachsen sind, Anwendung von Salizylvaselin.

9. XI. Im Bereiche des Kapillitium sieht man besonders nach Abschneiden der Haare eine diffuse hellbraune Pigmentierung, welche am stärksten an der Grenze der Scheitel- und Schläfenregion hervortritt und von hier auch auf die unbehaarten Teile der Stirngegend übergreift. Gleichfalls etwas bräunlich verfärbt ist die Nackenhaargrenze und die Wangengegend. Die übrigen Gesichtspartien erscheinen wenig pigmentiert. Die Scheitelgegend ist an einer fast flachhandgroßen Stelle mit schmutzigweißen und gelblichen, meist zu geschwungenen Linien konfluierten, niedrigen, trockenen, scharf umschriebenen Psoriasisschuppen besetzt, während der zwischen ihnen liegende Haarboden am Scheitel deutlich depigmentiert und zart rosarot verfärbt ist. Im Profil gesehen finden sich in der Schläfen — und angrenzenden Scheitelregion mehrere hellweise, deutlich depigmentierte, scheibenförmige Stellen, so eine mehr als markstückgroße, kreisrunde dicht oberhalb der linken Ohrmuschel und von dieser durch eine daumenbreite, pigmentierte Zone geschieden eine zweite etwas höher gelagerte, fast ebenso große, weiße Hautstelle. Die große, entfärbte Stelle in der Mitte der Parietalregion begrenzt sich nach vorn und insbesondere gegen den linken Stirnwinkel durch einen scharfen, buchtig orbikulär geschwungenen Rand gegenüber der pigmentierten Haut der Stirnhaargrenze. Eine dritte kreisrunde, zehnpfennigstückgroße Stelle liegt links vorn und etwas lateralwärts vom Haarwirbel des Hinterkopfes. An der rechtsseitigen behaarten Schläfengegend sieht man eine Anzahl von minder scharf umschriebenen, meist etwa linsengroßen, auf eine etwa fünfmarkstückgroße Area sich zusammendrängenden gruppierten entfärbten Stellen. Die große entfärbte Partie am Scheitel zeigte vor drei bis vier Wochen deutliche Differenzierung in mehrere ein- bis zweimarkstückgroße, depigmentierte Scheiben, welche aber nach den damals gegen die sich wieder bildenden Psoriasisschuppen angewendeten Vaselineinreibungen und die in deren Gefolge aufgetretene leichte Rötung und Reizung zu der jetzigen großen, pigmentlosen Stelle zusammenflossen. An allen depigmentierten Herden ist die Behaarung ein

Digitized by Google

klein wenig schütterer als an dem übrigen ziemlich kräftig behaarten Kapillitium.

Als ich am 12. XII. 1911 den kleinen Patienten wiedersah, hatte das Schuppenwachstum am Scheitel wieder erhebliche Dimensionen angenommen, das Leukoderma in der Scheitelhöhe war jedoch völlig verschwunden. Die großen weißen Flecke der Schläfengegend traten, weil die nachbarliche Pigmentierung schon stark abgenommen hatte, nur sehr unscharf hervor und waren gerade noch erkennbar.

Um zu erweisen, daß hier psoriatisches Leukoderma und nicht etwa ein durch die Therapie verursachtes Artefakt vorliegt, muß vor allem die Natur der an der Stirn und Kopfhaut vorhanden gewesenen Pigmentierung festgestellt werden. Stärkere Bräunungen des Kapillitiums finden sich selbst bei brünetten Personen unserer Rasse, offenbar infolge des Schutzes durch Behaarung und Kopfbedeckungen, recht selten und kommen — von konstitutionellen Momenten abgesehen — vorwiegend durch direkte Sonnenbestrahlung zustande. Gegen eine zufällige Verfärbung mit der am übrigen Körper applizierten Pyrogallussalbe, welche sicherlich die Haare und — im bekannten Gegensatze zu Chrysarobin — auch die psoriatischen Stellen mitgefärbt hätte, sprach aber das charakteristische, dem Chloasma solare eigene, mehr gelbbraune Hautkolorit, das sich von der spezifisch grünbraunen Pyrogalloltinktion unschwer unterscheiden läßt. Auch die Abreibung mit Zitronensaft[1]) war nicht imstande, die Braunfärbung zu beseitigen oder zu verringern.

Auffällig ist vielleicht die relativ frühzeitig — innerhalb zwei Monaten — einsetzende Regression der weißen Flecke. Nach meinen bisherigen Erfahrungen kann das psoriatische Leukoderma selbst zwei Jahre und darüber persistieren, und auch in einem Falle von Wolters[2]) war es nach $1^1/_2$ Jahren noch sichtbar. In anderen Fällen, namentlich nach einer durch die Therapie gesetzten Dermatitis, schwindet es aber sehr schnell. Auch das luetische Leukoderma ist dem jeweiligen Standorte gemäß von variabler Dauer. In seiner typischen Lokalisation, an Hals und Nacken, verbleibt es allerdings ein bis zwei Jahre und noch länger; an der inneren Schenkelfläche dagegen, nahe der Genitokruralfurche, kann es schon nach ein paar Wochen wieder verschwunden sein, weil hier Pigmentverschiebungen, meist infolge von Intertrigo, sehr rasch erfolgen.

In unserem Falle vollzog sich jedoch das Abflauen der Leukoderma-

[1]) Zitronensaft und andere Säuren verhindern nach Unna die Pyrogallolschwärzung der Hornschicht. Überhaupt soll die Pyrogallussäure den durch Fettsäuren meist sauer gehaltenen Haarboden langsamer schwärzen als unbehaarte Stellen (vgl. Leistikow, Therapie der Hautkrankheiten, Hamburg 1897, S. 88f.).

[2]) Yoshida, Über Leucoderma psoriat. Inaug.-Dissert., Rostock 1907.

Digitized by Google

flecke in der Weise, daß das diffuse Pigment der Nachbarhaut sich stetig verringerte. Kalorische und solare Chloasmen zeigen eben an den verschiedenen Körperstellen einen sehr verschieden langen Bestand. Die in der Landluft akquirierte Gesichtsbräunung schwindet oft rapid nach der Rückkehr in die Stadt, während eine gleichzeitig vorhandene, durch Sonnenbäder verursachte Pigmentose des Stammes und der Extremitäten vielleicht den ganzen Winter hindurch anhält.

Wir haben es also in unserem Falle mit einem innerhalb eines präexistenten Chloasma solare entstandenen Leucoderma psoriaticum zn tun.

Ist auch diese Beobachtung eine ganz ungewöhnliche, so steht sie doch nicht ohne Analogie da. Ich kenne aus eigener Anschauung noch einen Fall von Leucoderma psoriaticum der Kopfhaut, allerdings an einer nicht behaarten Stelle. Bei einer 45jährigen Tiroler Bauersfrau mit einer seit 25 Jahren bestehenden, bis dahin unbehandelten, weit verbreiteten Psoriasis[1]) fand sich nebst Leukoderma der Bauchhaut noch ein größerer, bogenlinig begrenzter, weißlicher Entfärbungsherd oberhalb des rechten Processus mastoideus und ein kleinerer rundlicher, minder scharf konturierter heller Fleck in der rechtsseitigen hinteren Ohrfurche.

Da die psoriatische Leukopathie am ehesten mit der durch Syphilis bedingten zu verwechseln ist, so frägt es sich, ob auch bei Syphilitischen etwas Ähnliches an der Kopfhaut vorkommt. Eine gewisse Analogie bildet bei Sitz auf einer zufällig braun pigmentierten Kopfhaut die als Alopecia circumscripta s. areolaris (A. en clairière und pseudopeladique) zu bezeichnende Varietät des syphilitischen Haarausfalles. Bei dieser entstehen aus vorwiegend am Hinterkopfe lokalisierten lentikulären Papeln kahle, noch eine Zeitlang braunrot infiltriert bleibende Scheibchen, welche hernach abblassen und dann von der braunen Umgebung nach Art eines Leukoderma sich abheben (Alopecia leucodermica).

Wenn demnach syphilitische Depigmentierungen des Kapillitium[2]) stets mit Haarausfall kombiniert sind, so bestand bei unserem Psoriasisfalle innerhalb der leukodermatischen Bezirke nur ein ganz geringfügiges Effluvium. Da nun Haarverlust keineswegs der Schuppenflechte als solcher, sondern nur gewissen zur Generalisierung neigenden und prognostisch meist wenig günstigen Formen eigentümlich ist, so bildet er natürlich auch kein notwendiges Attribut eines psoriatischen Leukodermas behaarter Teile.

---

[1]) Mitgeteilt bei Kaufmann, l. c., S. 42.

[2]) Finger (Beitrag z. Lehre des Leucoderma syph. Wiener med. Presse, 1887, S. 505) beschreibt ein syphilitisches Leukoderma der Wangengegend mit gleichzeitigem Haarausfall.

Digitized by Google

Zwei Fälle von Orientbeule [1]).

Von

Dr. Menahem Hodara, Vorstand der dermatologischen Abteilung

und

Dr. Fuad Bey, Bakteriologe am Marinehospital.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Richard Frühwald, Leipzig.)

(Mit 3 Abbildungen.)

Obwohl schon viele Gegenden bekannt sind, wo die Orientbeule (clou de Biskra) konstatiert wurde, so ist dennoch das recht häufige Vorkommen eines analogen Knotens in Cäsarea und seiner Umgebung (Vilajet von Angora, Zentrum von Anatolien) noch nicht beschrieben worden und wir hielten es daher für interessant, den folgenden Fall bekannt zu geben:

Fall 1. Osman, 20jähriger Soldat, aus Cäsarea gebürtig, hat seit 11 Monaten an der linken Wange eine rote, weiche, pastöse Schwellung von etwa 2 cm Durchmesser, in deren Zentrum sich eine dünne, schwarze Kruste über einer pfenniggroßen, kreisrunden Erosion befindet. Während der Zeit, die der Patient im Marinehospital zubrachte, hat diese Schwellung ihr Aussehen nicht geändert, und nach den Angaben des Kranken hat sie ihre Form kurz nach ihrem Auftreten angenommen und seither behalten. Hebt man die dünne, schwarze Kruste ab, so entleert sich eine blutig-seröse Flüssigkeit, aber kein Eiter. Mikroskopisch findet man Serum, Schleim, etwas Fibrin und einige rote Blutkörperchen, aber keine Eiterkörperchen. In allen Präparaten dieser serösen Flüssigkeit fand man einen Diplokokkus in Reinkultur, keinen anderen Mikroorganismus. In den angelegten Kulturen auf Agar, Gelatine, Bouillon, Serumagar usw. fand man nur Staphylococcus albus und aureus und einige Male Streptokokken. Das Blut des Kranken erwies sich mikroskopisch als normal. Die Flüssigkeit unter der Kruste wurde auch auf Kaninchen verimpft, und zwar sowohl durch Skarifikation wie intradermal, aber ohne Erfolg. Eine der Staphylokokkenkulturen haben wir durch Skarifikation auf einen Diener, Mustapha, mit dessen Einwilligung verimpft, aber ebenfalls ohne Erfolg. Weder in der blutigen Flüssigkeit noch in Schnitten konnten wir den von Wright gefundenen

[1]) Nach einem Vortrage in der Kaiserlichen Medizinischen Gesellschaft zu Konstantinopel.

Digitized by Google

und als Heleosoma tropicum beschriebenen Erreger der Orientbeule finden. Dieser wurde 1904 von Herxheimer und Bornemann in einem Falle von Aleppobeule gefunden und von ihnen sowie von Schaudinn in die Klasse der Trypanosomen eingereiht. Seit 11 Monaten ist in diesem Falle keine Spur von Vereiterung oder einer Sekundärinfektion aufgetreten.

Der Kranke gab an, daß diese Knoten in der Umgebung von Cäsarea sehr häufig sind, ungefähr ein Jahr bestehen, aber im Beginne durch tiefe Kauterisation zerstört werden können. Der Patient selbst hatte während der ersten 11 Monate 2—3mal die Verschorfung mit dem Glüheisen versucht, konnte diese aber nicht tief und vollständig genug ausführen. Durch sorgfältige Nachforschungen bei den Amtsärzten von Cäsarea konnte mit größter Bestimmtheit festgestellt werden, daß solche, dem unseren klinisch analoge Knoten in Cäsarea und Umgebung häufig sind, daß sie vereinzelt oder multipel vorkommen, gewöhnlich auf entblößt getragenen Körperstellen (Gesicht usw.), selten auf den Händen vorkommen und jedes Alter befallen. Nach den Angaben der Ärzte sind diese Knoten nicht immer weich, wie in unserem Falle, sondern können auch anfangs hart sein; sie vereitern gewöhnlich nicht, nur selten findet man etwas Eiter. Die verschiedenen Behandlungsmethoden wirken nur reizend, und die Kranken wenden sich nicht oft an den Arzt, sondern überlassen die Affektion sich selbst, die dann nach etwa einem Jahre mit Hinterlassung oft entstellender Narben abheilt. In unserem Falle haben wir die möglichst vollständige Abtragung des Tumors mit dem Rasiermesser vorgenommen. Wir taten dies zwecks histologischer Untersuchung, konnten aber zu unserer Freude konstatieren, daß es auch die beste Therapie war. Denn nach der Operation trat völlige Heilung und Vernarbung ein. Wir hielten den Kranken noch drei Monate in Beobachtung, doch trat keinerlei Rezidiv auf.

Histologischer Befund.

Auf der Oberfläche sieht man die Epidermis hypertrophisch und verdickt, die Hornschicht verdickt und hyperkeratotisch, an vertieften Stellen komedoähnliche Anhäufungen von Hornsubstanz bildend, die Körnerschichte sehr verdickt, aus mehreren Zellagen bestehend und die Stachelzellenschicht hypertrophisch und hyperplastisch, ebenfalls mit mehr Zellreihen als normal. Die Epithelzapfen sind in einzelnen Partien hypertrophisch und proliferiert und manchmal so tief und unregelmäßig gegen die Kutis gewuchert, daß sie krebsartig aussehen, da man in den basalen Schichten auch Mitosen antrifft. Protoplasma und Kerne der Stachelzellen sind verdickt, es besteht parenchymatöses und interzelluläres

Digitized by Google

Fall 1.

Fall 2.

Digitized by Google

Ödem, die Zwischenzellenspalten sind dilatiert. Stellenweise ist das Keratohyalin in der Körnerschicht vermindert oder ganz verschwunden, und man sieht eine mehr oder minder starke Parakeratose, die stellenweise sehr weit reicht und den größten Teil der Stachelschicht einnimmt. Diese Schuppe sitzt an einigen Stellen fest, an anderen ist sie gelockert, abgehoben und im Begriffe, sich abzustoßen, während sich darunter eine neue Horn- und Körnerschicht gebildet hat. Stellenweise ist die ganze Epidermis in eine abgehobene Schuppe verwandelt, so daß die Kutis bloßgelegt ist; das sind die erodierten Stellen. In den Schuppen sieht man parallele Reihen abgeplatteter Kerne oder verstreute Kerntrümmer, stellenweise auch kleine runde oder ovale Inseln angehäufter polynukleärer Leukozyten. Ebenso sieht man hie und da zwischen den Reihen der Stachelschicht nach oben auswandernde Leukozyten. In der Hornschicht und in den Schuppen findet sich ein Diplokokkus, derselbe, der in der serösen Flüssigkeit zu sehen war. In der Mitte der Schuppe befinden sich ab und zu in runde Schollen verwandelte Zellen, in denen man Kerntrümmer in hyaliner Umwandlung sieht.

In der Kutis ist der Knoten von der Epidermisbasis bis tief zur Subkutis von einem immensen Plasmom gebildet, einer dichten Infiltration von Plasmazellen, die gleichermaßen den Papillarkörper und die Kutis bis zur Subkutis einnimmt; nur an wenigen Stellen ist sie weniger kompakt. Es finden sich große Mengen sowohl kleiner Plasmazellen, wie auch großer, mit mächtigem Leibe und 2—3 Kernen, Teilungsfiguren in den Plasmazellen und hie und da große Riesenzellen, die unter erstere eingestreut sind und nicht die für Tuberkulose charakteristische Gruppierung aufweisen. Man sieht alle Bildungsstadien der Riesenzellen, kleine Exemplare mit 3—5 Kernen, größere mit 10—20 und schließlich sehr große mit 50 oder mehr peripher gelegenen Kernen. In diesen Infiltrationsherden finden sich auch spindelförmige, hypertrophische und proliferierte Bindegewebszellen, Mononukleäre und Lymphozyten, doch besteht der Knoten zum größten Teile aus Plasmazellen und hat das ganze Bindegewebe der Kutis verdrängt, das größtenteils verschwunden und durch das Plasmom ersetzt ist. Da der Tumor also fast gänzlich aus Zellen besteht, erscheint er klinisch weich wie eine Tomate. Es ist nur wenig Bindegewebe vorhanden, keine Leukozytenansammlungen, keine Eiterherde, nur ab und zu in der Kutis einige verstreute, auswandernde Polynukleäre und einige Eosinophile. Die Zellinfiltration, die sich bis zur Epidermis erstreckt, hat stellenweise deren Basis komprimiert und abgeplattet; doch sieht man zwischen den letzteren Partien sehr große, hauptsächlich mit Plasmazellen infiltrierte Papillen, einige Blutgefäße, Kapillaren sowie Lymphgefäße dilatiert, die Blutgefäßlumina erweitert

Digitized by Google

und mit Lymphozyten und Mononukleären vollgefüllt. Da der Knoten im Gesichte sitzt, sieht man eine große Zahl von Follikeln, deren einige hypertrophische Zellschläuche zeigen; ebenso sieht man Follikel, die durch die Infiltration zerstört worden sind, und Teile von Zellschläuchen, die in große Zysten umgewandelt sind. Außerdem findet sich in der Kutis eine große Menge von Pigment um die Gefäße herum, das sich bis zur Epidermis erstreckt; auch diese und die zentrale Kruste oder Schuppe sind mit reichlich Pigment bedeckt.

Diese histologischen Befunde gleichen bis auf einige Abweichungen den von Leloir, Riehl, Unna, Herxheimer und Bornemann usw. bei Orientbeule publizierten. Besonders die mikroskopischen Bilder in Leloirs Atlas gleichen unseren Präparaten. Diese Autoren haben ebenfalls in der Kutis ein Granulom und darüber eine hypertrophische Epidermis gefunden; einige sahen in letzterer Leukozytenhaufen, wir aber nur in den Schuppen kleine, verstreute Inseln von Polynukleären. Wir haben in unserem Falle keine Umwandlung von Kutiszellen in hyaline Kugeln gesehen, wie es von Riehl beschrieben ist. Ebenso fehlten in unserem Falle die obliterierenden Endarteritiden und die Nekrosen in der Kutis, die von Leloir, Riehl und später von Unna und Herxheimer gefunden wurden. Letzterer hat diese aber nur in einem Stücke einer älteren Aleppobeule gesehen, während sie in Läsionen jüngeren Datums fehlten. Gleich Herxheimer konnten wir in der Epidermis die unregelmäßig und tief gewucherten, krebsähnlichen Retezapfen sehen.

Klinisch ist die Aleppobeule im Beginne derb, vereitert aber später oft. Es sind aber auch abortive, squammöse oder krustöse usw. Formen beschrieben, wo die Eiterung fehlt oder nur angedeutet ist. In einem Falle von Aleppobeule aus Jericho, der von de Beurmann unter dem Namen Leishmaniosis ulcerosa cutis beschrieben ist, fehlte die Eiterung fast völlig und de B. konnte den Wrightschen Parasiten finden. Unser Fall aus Cäsarea zeigte eine rote, weiche Schwellung an der Peripherie; aber wie uns die Ärzte versicherten, sind auch dort die Beulen im Anfange hart, doch vereitern sie nur wenig oder gar nicht. Wir sehen also, daß die klinischen und histologischen Merkmale der Aleppobeule viel Analogie mit denen der Cäsareabeule haben; doch konnten wir nicht die Wrightschen Körperchen nachweisen, wie sie auch Herxheimer und Bornemann gefunden und abgebildet haben. Könnte man diesen Parasiten auch in der Cäsareabeule feststellen, wäre man berechtigt, mit aller Sicherheit zu behaupten, daß diese mit der Aleppobeule völlig identisch ist. Deshalb sind in dieser Richtung weitere Untersuchungen notwendig.

Fall 2. Frau Despina, 22 Jahre alt, ist erst seit Kurzem aus dem

Digitized by Google

Zentrum von Anatolien, aus Angora, nach Konstantinopel gekommen. Sie hat auf der rechten Wange einen dem oben beschriebenen völlig analogen Herd. Es ist eine runde, rote Schwellung von 2—3 cm im Durchmesser, an der Peripherie weich, im Zentrum von einer schwarzen Kruste bedeckt. Diese Läsion, die einem Ekthyma ähnelt, ist solitär und besteht bei der Kranken seit 2 Monaten, ohne ihr Aussehen zu ändern, ohne zu jucken oder zu eitern. Drückt man stark auf den Knoten, so tritt ein etwas eitrig und blutig getrübtes Serum hervor. In diesem Falle haben wir den Erreger der Orientbeule gesucht, die Körperchen, die von Wright entdeckt und später auch von anderen Autoren, Herxheimer und Bornemann, de Beurmann usw., gefunden wurden. Wir haben das erwähnte Serum auf Objektträger ausgestrichen und dann nach der Methode von Laveran, wie sie von de Beurmann empfohlen ist, gefärbt: Nach der Fixierung in Äther-Alkohol Färbung mit einer schwachen Giemsalösung (mit $^2/_3$ Aqu. dest. verdünnt), nach einer halben Stunde gründliches Waschen in fließendem und dann in destilliertem Wasser.

In diesem Falle konnten wir den Erreger nachweisen. Die Wright-schen Körperchen färben sich nach der angegebenen Methode schön blaßblau oder himmelblau und sind gut von Zellkernen und Kerntrümmern zu unterscheiden, die sich violett färben. Durch diese Färbung kann man alle Entwicklungsstadien der Parasiten verfolgen. Diese sind größtenteils regelmäßig, rund, von der Größe eines Kokkus bis zu der eines Lymphozyten oder noch etwas größer, gleichmäßig gefärbt; nur selten sieht man im Zentrum oder an der Peripherie einige dunklere Punkte, die das Chromatinkörperchen, d. h. den Kern des Protozoon, darstellen. In einigen Fällen sieht man diese Körnchen sehr deutlich, entweder auf zwei Seiten oder auf einer Seite gelegen. Manchmal sind die Körperchen nicht rund, sondern oval, oblong, an einer Seite abgestumpft, oder sie bilden Halbkreise, Halbmonde oder haben Stäbchen und Keulenform. Bei einigen ist das Zentrum etwas lichter, bei anderen sieht man deutlich die periphere Membran als runde Linie. In geringer Zahl sind auch solche von der Größe eines kleinen Bindegewebezellkernes vorhanden, in denen man scharf zwei große dunklere Punkte unterscheiden kann, die etwas peripherwärts liegen und durch einen Faden verbunden sind.

Durch den Nachweis des Erregers ist es nun außer Zweifel, daß diese in Angora akquirierte Beule eine echte Orient- oder Aleppobeule ist, und da sie dem ersten Falle aus Cäsarea vollständig gleich ist und andererseits letzterer klinisch und histologisch mit der Aleppobeule übereinstimmt, so ist es absolut sicher, daß diese aus Cäsarea und Angora stammende Affektionen identisch sind mit der Aleppobeule und ihren Varietäten, mit ihr dieselbe Pathogenese und denselben Erreger haben.

Digitized by Google

Veränderungen im Verlaufe der Syphilis nach intensiver Behandlung. Über Pseudoreinfektionen und Frührezidive.

Von

Dr. Franz v. Veress,
Privatdozent für Dermatologie in Klausenburg.

Bekanntlich hat das Salvarsan auf dem Gebiete der Syphilisbehandlung eine ziemlich gründliche Umwälzung hervorgerufen. Die Heilmethode, welche sich im Laufe der Jahrhunderte ausgebildet hatte, änderte sich innerhalb eines Jahres wesentlich. Die Quecksilberbehandlung blieb als wertvolles und zuverlässiges Verfahren, als unentbehrlich für die sichere Heilung der Syphilis. Das Jod verlor eher an Bedeutung, dennoch schätzen wir es wegen seiner spezifischen Wirkung auf die späten, tertiären Erscheinungen überaus hoch. Die Umwälzung besteht darin, daß zu unseren bisherigen, aus zwei erprobten Heilmitteln bestehenden Waffen noch eine dritte, das 606 hinzukam. Die kurze Spanne Zeit, die seit seiner Herstellung verfloß, erlaubt es nicht, über seinen Wert schon jetzt ein endgültiges Urteil zu fällen. In einigen Jahren werden wir über seine Wirkung wohl wahrscheinlich im klaren sein und seine Vorzüge, Schwächen, sowie auch seine gefährlichen Nebeneigenschaften besser erkennen. So viel erkennen schon die meisten Autoren an, die damit Versuche anstellten, daß es in jedem beliebigen Stadium der Syphilis überaus wertvoll ist, und daß seit seiner Anwendung die Chancen und Aussichten der abortiven Behandlung frischer Syphilis bedeutend gestiegen sind, da es unzweifelhaft feststeht, daß es mit Quecksilber gepaart viel rascher Heilung bewirkt als Quecksilber oder 606 allein. Vom Standpunkt der Heilung ist nach den bisherigen Erfahrungen das Ergebnis dann am günstigsten, wenn wir das Mittel so früh als möglich einspritzen. Dies wußten wir übrigens auch zur Zeit der Anwendung der älteren Heilmethode und waren im Sinne der allgemein anerkannten Auffassung der Ansicht, daß wir das Ziel um so sicherer erreichen, je früher wir gegen den syphilitischen Organismus möglichst schwere Schläge führen (Fournier, Neisser). Mit dieser überaus natürlichen und nüchternen Theorie steht scheinbar im Widerspruch, was in der letzteren Zeit einzelne Autoren während sehr frühzeitiger, energischer Behandlung der Syphilis beobachtet haben. Einzelne (Thalmann, Bettmann und

Digitized by Google

andere) haben nämlich die Erfahrung gemacht, daß die vor der Entwicklung der allgemeinen — sekundären — Erscheinungen, also im zweiten Latenzstadium begonnene, außerordentlich energische lokale und allgemeine Behandlung den normalen Verlauf der Syphilis zeitweilig ungünstig beeinflußt und manchmal das Hervortreten umschriebener frühzeitiger Rezidive auslösen kann, welche Thalmann Solitärsekundäraffekte, Bettmann dagegen Frührezidive nennt.

Thalmann[1]) hat die Beobachtung gemacht, daß in Fällen ganz frischer Syphilis infolge der angewandten starken lokalen und allgemeinen Quecksilberbehandlung die Symptome zwar rasch verschwanden, jedoch bei einem Teil der so behandelten Kranken bald wieder auftraten, und zwar abweichend von den charakteristischen Eigentümlichkeiten der frischen Syphilis, nämlich umschrieben. Sofern er nicht mit einer neuen Quecksilberkur begann, wurden diese umschriebenen Frührezidive sehr schwer, der Sklerose ähnlich. In seinen Fällen zeigten sich die in Rede stehenden Erneuerungen hauptsächlich an den Mandeln und zogen spezifische Drüseninfiltrationen nach sich. Ohne Kenntnis der Anamnese hätte man diese für primäre Veränderungen, für Sklerosis halten können, um so mehr, als auf die Drüsenschwellungen zuweilen auch allgemeine sekundäre Symptome — Roseolen — folgten. Der Solitärsekundäraffekt zeigte sich gewöhnlich ungefähr 6—8 Wochen nach Beendigung der ersten Quecksilberkur.

Ähnlich Thalmann beschreibt auch Bettmann[2]), daß er in Fällen in welchen er während der zweiten Latenzperiode oder in der ersten Zeit ausgebreiteten, aber noch jungen Exanthems, sei es bei noch negativer oder schon positiver Wassermann-Reaktion, Salvarsan anwandte, häufig Frührezidive fand, die 2—6 Wochen nach dem gänzlichen Verschwinden der luetischen Symptome und nach der Ehrlich-Injektion aufzutreten pflegten. Unter ihren charakteristischen Eigentümlichkeiten hebt er hervor, daß sie umschrieben sind, gering an Zahl, sich hauptsächlich an den distalen Enden der Extremitäten oder an den Genitalien zeigen und an Schwere die gewohnten frühzeitigen sekundären Symptome übertreffen.

Sehr interessant sind die folgenden Fälle von Frieboes[3]):

1. An einem 28 Jahre alten Mann findet er am 31. Januar spirochätenhaltige Geschwüre. Er unterzieht ihn bis zum 29. März einer starken Kalomelkur, so daß am 30. März die Wassermann-Reaktion

[1]) Thalmann, Münchener Medizinische Wochenschrift, 1907, Nr. 13.

[2]) Bettmann: Über kutane Frührezidive der Syphilis nach Salvarsanbehandlung. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1911, Nr. 10, Seite 438.

[3]) Frieboes: Über Pseudoprimäraffekte nach intensiver Behandlung im Frühstadium der Syphilis. Dermatologische Zeitschrift, 1911, Heft 6, Seite 544.

Digitized by Google

negativ ist. Am 3. Juni sind am Penis Papeln, auf der rechten Schulter eine Kruste in der Größe eines Hellerstückes. Am 17. Juni WASSERMANN negativ, am 25. Juni auf der Schulter typische Sklerose und Roseola.

2. Ein 27jähriger Mann erhält wegen Harnröhrensklerose $7^1/_2$ Wochen nach der Ansteckung am 29. März 0,3 Salvarsan intramuskulär. Am 14. April zeigen sich Gaumensyphilis und Hautausschläge. Am 22. April erhält er 0,3 Salvarsan, wie vorher. Am 6. Mai sind die Symptome verschwunden. Am 7. Juli Sklerose am linken Arm, Spirochätenbefund positiv, am 3. September starke Roseola.

3. Ein 23jähriges Dienstmädchen erhielt wegen Erosio ad genitale (WASSERMANN positiv) und wegen charakteristischer Drüsen bis zum 23. August 12 Hg. salic.-Injektionen. Am 3. Oktober allgemeine Lymphadenitis, am linken Augenlid eine linsengroße, spirochätenhaltige Sklerose und papulöses Exanthem. WASSERMANN positiv. Am 12. Oktober 0,5 Salvarsan in die Glutäen. Am 24. war das Augenlidulcus geheilt. — 6—7 Wochen nach der Quecksilberkur hatte sich am Augenlid typische Sklerose gebildet.

4. Eine 24jährige Frau erhielt im Juli 1910 wegen Sclerosis tonsillaris und wegen Exanthems 606 in ihren Glutäus. Ende Januar 1911 meldete sie sich mit Sklerose an der linken Tonsille und mit Papeln an den Genitalien. Ihre Mandeln waren groß, hart, ihre Halsdrüsen charakteristisch, ihre Roseola ausgebildet.

In den beschriebenen Fällen entstehen also Wochen, Monate nach der sicher festgestellten syphilitischen Infektion, einer neuen Ansteckung ähnliche Veränderungen, welche ihre Beobachter indessen sehr richtig nur für ungewohnte sekundäre Erscheinungen halten.

Dagegen gibt es unter den neueren Aufzeichnungen Krankheitsfälle, in welchen die Verfasser wirkliche Reinfektionen sehen, wo sie doch ebenso beurteilt werden könnten, wie die obigen Fälle. FINGER, MILIAN, SCHREIBER, KREFTING, STÜHMER und BERING betonen in ihren Fällen die Wahrscheinlichkeit einer Reinfektion, während GAUCHER, LESSER und TOMASCZEWSKI darin Pseudoschanker, Pseudosklerose sehen.

Nach KREFTING darf an der Tatsache der neuerlichen Infektion in seinem Fall nicht gezweifelt werden. Er bezieht sich auf einen 23jährigen Mann, der sich am 19. Januar 1911 mit erbsengroßer Penissklerose meldete. Infektion 4—5 Wochen vorher. Im Dunkelfeld viele Spirochäten, WASSERMANN negativ. Am 21. Januar 0,5 606 intravenös, am 28. war die Sklerose überhäutet. Am 2. Februar 0,45 Salvarsan intravenös, WASSERMANN negativ, Sklerose verschwunden; am 10. März neuerdings 0,45 EHRLICH. Am 30. April WASSERMANN

Digitized by Google

negativ. Am 3. Juni im Sulcus coronarius neben der Stelle der originalen Sklerose 2 neue Sklerosen mit vielen Pallidae und mäßigen regionalen Drüsen Wassermann schwach positiv. Er gestand ein, mit einem Frauenzimmer geschlechtlich verkehrt zu haben, das wegen Geschlechtskrankheit im Spital gelegen hatte. Am 22. Juni Wassermann stark positv, ungeheuer viele Spirochäten, großes Infiltrat. Am 1. Juli Kopfschmerzen und Roseola, 0,45 Salvarsan. — Er erwähnt noch einige Fälle, in welchen sich die Sklerose ungefähr 2 Monate nach dem letzten 606 erneuerte.

In den Fällen Stühmers[1]) und Berings[2]) heilten nach Anwendung des Salvarsans die harten Geschwüre zu, und die Wassermannsche Reaktion wurde negativ. Die beiden Kranken verkehrten jedoch geschlechtlich mit syphilitischen Frauen und bekamen typische neue Sklerosen mit positiver Wassermann-Reaktion. Daraus schließen die Autoren, daß in beiden Fällen eine Reinfektion stattgefunden hat.

Aus den genannten Fällen und aus deren verschiedener Beurteilung geht hervor, daß diese Erscheinungen heute noch zu ganz entgegengesetzten Erklärungen Anlaß geben. Vom pathogenetischen Standpunkt müssen wir mit drei Eventualitäten rechnen, welche an mit Syphilis behafteten Individuen ähnliche Zustände hervorrufen können, wie in den beschriebenen Fällen, und zwar sind dies die folgenden:

1. Frühzeitige, ungewohnte, schwere sekundäre Sypmtome, die eine zweite Sklerose imitieren können, also Pseudosklerosis oder Pseudoschanker, Solitärsekundäraffekt (Thalmann), Frührezidiv (Bettmann), mit einem Wort Pseudoreinfektion.

2. Superinfektion oder neuerliche Ansteckung des zu dieser Zeit noch syphilitischen Individuums; wie wir aus den akademischen Arbeiten Fingers wissen, können an einem syphilitischen Individuum durch Impfung mit Syphilisprodukten Symptome hervorgerufen werden, meist sogenannte Impfpapeln, deren Eigentümlichkeiten von dem Stadium der Lues des betreffenden Individuums abhängen. Infolge von Superinfektion entstehen in ganz frischen Fällen Sklerosen, in Fällen sekundärer Lues Papeln und bei Kranken im tertiären Stadium gummaähnliche Veränderungen.

3. Schließlich können wir auch an wirkliche Reinfektion denken auf Grund dessen, daß die sehr früh begonnene und mit großem Nachdruck fortgesetzte Kur den Organismus sterilisiert und seine Immunität aufgehoben hat.

[1]) Stühmer: Zur Salvarsanfrage. Münch. Med. Wochenschrift, 1911, Heft 17.

[2]) Bering: Ein Fall von Reinfectio syphilitica. Münch. Med. Wochenschrift, 1911, Heft 18.

Digitized by Google

Zur Klarstellung der Frage können wir durch Bekanntmachung möglichst vieler Krankengeschichten gelangen; aus diesem Grunde halte ich auch die Veröffentlichung des folgenden Falles für begründet.

Am 23. Januar 1911 suchte mich der 24jährige Notar J. Sz. auf und klagte mir, daß er seit ungefähr 3 Wochen ein Geschwür und Drüsenschwellungen habe. Die Anamnese ist nichtssagend; ohne Unterschied hat er mit Bäuerinnen des Dorfes geschlechtlich verkehrt, die Zeit der Ansteckung ist ihm nicht bekannt.

Gelegentlich seiner Untersuchung fand ich an der rechten Seite des Sulcus coronarius eine knorpelig harte Sklerose in der Größe eines Hellers mit riesigen Multiplexdrüsen. Sekundäre Symptome fehlten, Allgemeinbefinden ungestört, Temperatur normal. Ich hatte es hier ohne allen Zweifel mit typischer Sklerose zu tun. Die Spirochätenuntersuchung unterließ ich als überflüssig. Die Sklerose und die beiderseitigen Drüsen belegte ich mit Quecksilberpflaster und begann sofort mit einer energischen Quecksilberkur. Mit Rücksicht darauf, daß die Verhältnisse des Kranken die Durchführung einer Schmierkur nicht gestatteten, und im Hinblick darauf, daß er alle 6, 8 bis 10 Tage amtlich in die Stadt kommen mußte, entschloß ich mich, ihn eine innerliche und Injektions-Quecksilberkur durchmachen zu lassen. Deshalb verordnete ich ihm für einige Tage 6, bald täglich 8 Stück Mergalkapseln und außerdem spritzte ich ihm jedesmal, wenn er sich einfand, je eine Phiole Asurollösung (2,2 g 5%ige) in die Gesäßmuskulatur ein. Auf diese Weise erhielt der Kranke vom 22. Januar bis zum 15. März 7 Asurolinjektionen und nahm 6—7 Schachteln Mergalkapseln ein, ohne daß das Quecksilber weder im Zahnfleisch noch im Darmtrakt auch nur die geringsten Unannehmlichkeiten verursacht hätte. Die Symptome der Lues — die Sklerose und die regionalen Drüsen — waren noch lange vor Beendigung der ersten Kur, ungefähr in der zweiten Hälfte des Februar, vollkommen und spurlos verschwunden, sekundäre Symptome traten nicht auf.

Am 21. März gab ich ihm intravenös 0,4 g Salvarsan, was ein von einer 37,8° C hohen Temperatursteigerung begleitetes Frösteln verursachte. Vom 23. März bis zum 30. Mai nahm der Kranke abermals 7 Schachteln Mergal ein.

Am 14. Juni erschien er und klagte, daß er seit 8 Tagen, also seit dem 6. Juni, am Penis ein Geschwür habe, und zwar an derselben Stelle, wo die Sklerose aufgetreten war. Die genannte Veränderung in Gestalt einer etwa erbsengroßen, knorpelig harten, oben exkoriierten, einen dünnen Saft ausscheidenden Geschwulst erschien sicher als charakteristische Sklerosis. Die Drüsen waren zu dieser Zeit ganz

Digitized by Google

normal. Die Wassermann-Reaktion war an dem Tage, am 14. Juni, absolut negativ. Therapie: Xeroform. Am 21. Juni war die Sklerose entwickelt, erhob sich stark über die Haut und war noch mehr verschwärt. Zu eben dieser Zeit waren die linksseitigen Leistendrüsen nach Multiplexart vergrößert und waren gut fühlbar. Im Dunkelfeld fand ich ungeheuer viele gut entwickelte, sich lebhaft bewegende Spirochäten. Am 27. Juni hatte die Sklerosis fast die Ausdehnung einer Krone erreicht und besaß jedes charakteristische Merkmal; die Infiltration der Drüsen hielt ununterbrochen an. Am 30. Juni hatte die Sklerose die Größe einer Krone, im Mittelpunkt ging sie der Nekrose entgegen, sonderte einen dünnen, blutigen Saft ab, verursachte dem Kranken mäßige Schmerzen und machte infolge ihrer Ausdehnung das Heraufziehen der Vorhaut fast unmöglich. Die Inguinaldrüsen waren besonders linksseitig charakteristisch, während sie sich rechts kaum verändert hatten.

Unter diesen Umständen verlor der Kranke die Geduld, und ich war seinem Drängen nachgebend gezwungen, die spontane Weiterentwicklung des Prozesses zu unterbrechen und mit einer Asurolinjektion, sowie mit Mergal, die Behandlung zu beginnen. Lokal wandte ich 20%ige Kalomelsalbe, später Quecksilberpflaster an. Bis zum 29. Juli bekam er 5 Asurolinjektionen und nahm täglich 6—8 Stück Mergal ein. Am 15. August überhäutete sich die Sklerose und war nur noch erbsengroß, während die Drüsen vollkommen zurückgegangen waren. Zu eben dieser Zeit gab ich ihm intravenös 0,5 g Salvarsan. Gegenwärtig ist er gänzlich symptomfrei und macht vorläufig gar keine Kur.

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Verhandlungen der Royal Society of Medicine.

Dermatological Section.

Sitzung vom 15. Juni 1911.

Ein Fall von Sporotrichosis, von H. G. Adamson. Die Affektion war an der rechten Hand und dem rechten Vorderarm lokalisiert in Gestalt von elf etwa linsengroßen Herden, welche sich bei dem 50jährigen Patienten, Arbeiter, im Anschluß an eine in Brasilien akquirierte geringe Verletzung des Daumens entwickelt hatten und fast 2 Monate alt sein mochten. Die auf Sabouraudschem Nährmedium (Pepton-Glykose-Agar) angelegten Kulturen wuchsen in durchaus typischer Weise, wie die Abbildungen zeigen. aus. trotzdem die Läsionen sich schon deutlich in der Rückbildung

Digitized by Google

befanden. Die histologische Untersuchung eines der Herde ergab unterhalb der Epidermis Zellenhäufungen, welche vielfach Plasmazellen, auch Riesenzellen und hauptsächlich Lymphozyten enthielten; dazwischen fanden sich kurzgegliederte Myzelien, für welche Verfasser eine Färbung mit Pyronin und Methylgrün besonders vorteilhaft fand. Als klinische Momente sei noch hervorgehoben, daß die Wassermann-Reaktion positiv ausfiel, und daß unter Jodkalium eine vollständige Heilung eintrat.

Makulare Atrophie bei einem syphilitischen Patienten, von H. G. Adamson. Die Erscheinungen bei dem 48jährigen, 2 Jahre zuvor syphilitisch infizierten Patienten wurden folgendermaßen beschrieben: Außer einigen leukodermatischen Flecken am Hals und an der Stirn in der Größe einer halbierten Erbse bis zu Fingernagelgröße findet sich am ganzen Rumpf, und auch bis auf die Schultern und Oberschenkel sich erstreckend, eine dichte Aussaat von ovalen, kleinfingernagelgroßen, etwas abgeblaßten, gerunzelten und deutlich atrophischen Flecken. Beim Betasten hat man das Gefühl einer durch eine dünne Membran bedeckten Höhlung. Einzelne Flecke erscheinen durch die darunterliegenden Venen bläulich gefärbt. Am Übergangsgebiet zwischen Hals und Schultern finden sich mehrere Läsionen, bei welchen man nicht bestimmt entscheiden kann, ob es sich um Leukodermie oder um eine atrophische Makula handelt. Die Seroreaktion nach Wassermann fiel stark positiv aus. Ohne die begleitenden syphilitischen Erscheinungen hätte man den Fall vielleicht als ein Beispiel von idiopathischer Makularatrophie aufgefaßt.

Kulturen von violettem Endothrix-Trichophyton von einem Fall von „ekzematoiden" Läsionen des Pilzes im Verein mit Tinea barbae, von G. H. Adamson. Die vorgelegten Kulturen waren sowohl von den Läsionen der Bartgegend wie auch von den „ekzematoiden" Affektionen der Finger gewonnen worden.

Fall von vernarbendem Sarkom, von K. Digby. Bei einer 61jährigen Frau, welche seit vielen Jahren gelegentliche Geschwulstbildungen an der rechten Schulter und dem Thorax mit meist spontaner Involution beobachtet hat, besteht jetzt eine ausgedehnte unregelmäßige Wucherung an dieser Stelle. Die Biopsie ergab die Diagnose Fibrosarkom.

Fall von idiopathischer Hautatrophie, von J. E. R. McDonagh. Es handelte sich um eine 32jährige verheiratete Frau, welche seit 2 Jahren rote bis rotbraune, unregelmäßig rundliche Flecke auf beiden Wangen bemerkt hatte. Patientin klagte über ein Gefühl von Ameisenkribbeln an den befallenen Stellen. Die Haut darüber war runzelig wie Zigarettenpapier. Syphilis scheint nicht vorgelegen zu haben.

Fall von syphilitischer Autoreinfektion, von J. E. R. McDonagh. Ein 38jähriger Mann, der 8 Jahre zuvor ein großes syphilitisches Primärgeschwür an der Corona glandis nebst sekundären Erscheinungen akquiriert hatte, kam mit den Überresten der niemals ganz beseitigten Induration wieder in Behandlung. Neuerdings hatte sich an dieser indurierten Stelle wiederum ein Geschwür entwickelt, und im weiteren Verlauf trat ein ausgedehnter syphilitischer Ausschlag hervor. Redner deutet den Fall als ein frisches Aufflammen der Syphilis infolge von Freiwerden von Virus aus dem zerfallenden alten Herd der Schankernarbe.

Ichthyosis follicularis bei einer 18jährigen Patientin, von J. M. H. MacLeod. Unter Behandlung mit Bädern, Schmierseife, Resorzin und Schilddrüsenextrakt ist im Laufe eines Monats eine wesentliche Besserung bei dem typischen Fall erzielt worden.

Fall von Epitheliom auf der Basis von Lupus vulgaris, von G. N. Meachen. Der 38jährige Patient hat seit 30 Jahren an Lupus der Wange gelitten; das abgebildete Epitheliom hat einen Umfang von 6 cm bei viermonatigem Wachstum erreicht.

Fall von (?) Granuloma inguinale, von A. Shillitoe. Ob es sich bei dem

Digitized by Google

25jährigen Patienten, der die Affektion in Singapore akquiriert hatte, wirklich um Granuloma inguinale handelte, ist nach der Darlegung immerhin zweifelhaft.

Fall von tropho-neurotischer (?) Ablösung der Nägel, von F. P. Weber. Eine bestimmte Erklärung betreffs der Ätiologie der stark ausgeprägten Affektion ist nicht aufzustellen. Roborierende Behandlung hatte bei der ziemlich debilen, 36jährigen Patientin eine Besserung bewirkt.

Sitzung vom 20. Juli 1911.

Epitheliom auf der Basis von Lupus vulgaris bei einem 13jährigen Mädchen, von H. G. Adamson. Das Neoplasma hatte sich einige Zeit nach der anscheinend erfolgreichen Anwendung von Röntgenbestrahlungen am Oberarm entwickelt.

Akute Pityriasis der Kopfhaut, von T. Colcott Fox. Im Anschluß an eine Röntgenbehandlung wegen Trichophytie des Kopfes entwickelten sich eine akute Pityriasis der Schwarte und ein als erythematös, schuppig und makulös beschriebener, rasch sich über das Gesicht und den Körper ausbreitender Ausschlag hervor. Die Heilung machte keine Schwierigkeiten.

Epitheliom von 2jährigem Bestand am Handrücken linkerseits, von T. Colcott Fox. Bei dem 77jährigen Manne hat die Röntgenbehandlung eine gewisse Besserung erzielt.

Makulöse Atrophie bei Lupus erythematosus, von E. G. G. Little. Neben Läsionen, welche ziemlich zweifellos als Lupus erythematosus zu diagnostizieren waren, an den Händen und dem Gesicht, fanden sich bei dem 26jährigen Fräulein an Schultern und Rücken mehrere, etwa pfennigstückgroße, runde, atrophische Stellen, deren Entstehung fraglich ist. Vielleicht handelte es sich um unvermerkt spontan verheilte Lupusläsionen.

Folliculitis decalvans bei einer jungen Dame von 19 Jahren, von E. G. G. Little. Das Ausfallen der Haare hat schon vor 5 Jahren begonnen, und man sieht in großem Umfang jetzt unregelmäßig verteilte Gebiete mit verdünntem Haarbestand. An vielen Follikeln ist eine Verdickung und leichte Rötung der Mündung zu erkennen, aber narbige Atrophie war nirgends vorhanden.

Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little. Bei dem 60jährigen Patienten, Lokomotivführer, kann das mit Pruritus, ziemlich intensiver Pigmentierung der Hände, des Halses und Gesichts und mit Gewichtsabnahme verbundene Zucken einmal als Morbus Addisonii, andererseits aber auch als Acanthosis nigricans zu deuten sein.

Fall von syphilitischer Affektion des Akustikus, von J. E. R. McDonagh. Die mit verschiedenen syphilitischen Läsionen behaftete 35jährige Patientin gab an, vor 2 Jahren infiziert worden zu sein und eine achtwöchige Schmierkur im Krankenhaus durchgemacht zu haben. Seit 6 Monaten hat sie über Schwerhörigkeit auf dem rechten Ohr, Schwindel und gelegentliches Erbrechen zu klagen gehabt. Die spezialistische Untersuchung des rechten Ohrs ergab eine entzündliche Affektion des Akustikus im vestibulären sowohl wie im kochlearen Teil. Bei der Diskussion erwähnt Meitfield einen Fall von absoluter Ertaubung bei einem Patienten, der auch nicht etwa mit Salvarsan behandelt worden war.

Haarproben von einem eingeborenen Indianermädchen, von J. M. H. MacLeod. Aus Britisch-Guayana hat Redner einige Haare zugeschickt bekommen, an denen zahlreiche minimale bis stecknadelkopfgroße schwarzbraune, ovale Knötchen seitlich oder auch den Schaft umgreifend saßen. An einigen Stellen waren diese Gebilde in die äußere Schicht des aufgesprungenen Haarschaftes eingedrungen. Die weitere Unter-

Digitized by Google

suchung ergab, daß dieselben aus Anhäufungen von großen Sporen bestanden, welche dem von Behrend als Trichosporum giganteum beschriebenen Pilz angehören dürften. Die Affektion dürfte mit dem als Piedra in Amerika bekannten Prozeß identisch sein.

Alopecia areata bei einem Syphilitiker, von J. H. Sequeira. Die klinischen Symptome und der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion lassen an der Diagnose Syphilis bei dem 47jährigen Patienten keinen Zweifel zu, aber S. möchte die seit einem halben Jahre (und $2^1/_2$ Jahr nach der Infektion) einsetzende Alopecia areata nicht als Alopecia syphilitica, sondern als Alopecia areata bei einem syphilitischen Patienten bezeichnen.

Fall von Trichophyton tonsurans der Zehennägel, von A. Shillitoe. Bei dem 36jährigen Patienten, der aus Indien stammt, hat man auch gelegentlich das langwierige Leiden für Syphilis erklärt und mit sehr nachteiligem Resultat eine Quecksilberbehandlung eingeleitet.

Fall von corymbiformem Syphilid, von A. Shillitoe.

Philippi-Bad Salzschlirf.

79. Jahresversammlung der British Medical Association.

Section of Electrotherapeutics and Radiology.

(Brit. med. Journ., 1911, 14. Okt.)

Diskussion über die Röntgenbehandlung der Trichophytia tonsurans, von J. Hall-Edwards-Birmingham. Die Behandlung der Trichophytie des Kopfes mit Röntgenstrahlen hat in den letzten Jahren verschiedentliche Verbesserungen erfahren, und die gelegentlich gegen diese Methode erhobenen Einwendungen sind als unbegründet zurückzuweisen. Redner verwendet in der Regel eine nicht verstärkte Induktionsrolle mit einer Funkenlänge von 24—29 cm und einen Quecksilberunterbrecher mit Tachymeter und automatischem Ausschalter. Die Röhre nebst Halter wird in einer mit Bleiglasfenstern versehenen bleigefütterten Hülle untergebracht. Die weniger metallreichen Röhren sind vorzuziehen. Die Exponierung dauert mindestens 5 Minuten. Allerdings hat man mit Bestrahlungen von nur einer halben Minute Dauer günstige Resultate erzielt.

J. A. Codd-Wolverhampton hat anfangs wiederholte, kleine Bestrahlungen angewandt, ist aber seit einiger Zeit dazu übergegangen, eine einzelne große Dosis zu geben. Bei einem Fall von Favus der gesamten Kopfhaut erzielte er erst nach etwa 20—30 Sitzungen Heilung.

D. Harris-Exeter stellt die Frage, wie bald nach der ersten Bestrahlung man, falls diese ungenügend ausfällt, eine zweite folgen lassen kann. Er selbst wartet gewöhnlich 2—3 Monate, doch mag solche Vorsicht vielleicht übertrieben sein.

F. Embys-Jones-Birmingham berechnet die Kurdauer auf durchschnittlich 6 bis 8 Wochen.

Lonfeldt-Hamburg berichtet über einen Fall (aus der Praxis eines Kollegen), bei dem der Anwendung von Unguentum plumbi nach der Bestrahlung eine schädigende Wirkung auf die Haut zugeschrieben wurde.

P. H. Orton-London hat in den letzten Jahren 815 Sitzungen gegeben und nur bei 3 Kindern eine etwa 2 Jahre andauernde Alopekie gesehen. Kinder mit derbem, schwarzem Haar haben meistens eine intensivere Bestrahlung nötig als die Kinder mit feinem zartem Haar.

Diskussion über Radiumtherapie, von W. D. Butcher-London. Nach B.s Erfahrungen sind mit Radium gute Erfolge zu erzielen bei Lupus, Ulcus rodens, kleinen

Digitized by Google

Epitheliomen, Warzen und anderen kleinen Gewächsen und Geschwüren an der Haut und den Nägeln; ferner sind dafür Naevi, namentlich die schnell wachsenden und die großen hämorrhagischen Naevi, ein geeignetes Behandlungsobjekt; schließlich ist auf die eminente juckstillende Wirkung des Radiums hinzuweisen.

Radium beim Ulcus rodens und anderen Hautläsionen, von J. H. Sequeira-London. Unter fast 400 Fällen, welche S. mit Radium behandelt hat, waren etwa die Hälfte an Ulcus rodens erkrankt. Das Armamentarium bestand aus vier Applikatoren mit je 16 mg, 6 mg und 2,5 mg (2 mal) Radiumsulfat, das bei den zwei kleinsten auf eine Fläche von je 1 qcm verteilt war, während die beiden größeren Instrumente eine Fläche von 5,76 qcm resp. als kreisförmige Scheibe einen Durchmesser von 1,2 cm besaßen. Die Dauer der Applikation variierte; am besten schienen die Resultate zu werden bei einer einmaligen über 3 oder 4 Stunden ausgedehnten Sitzung.

N. F. Finzi berichtet über einige frappante Erfolge der Radiumbehandlung.

C. Campbell erwähnt unter anderem einen Fall von äußerst hartnäckigem Pruritus ani, bei dem das Mittel glänzend wirkte.

Die Behandlung von malignen Tumoren mit Röntgenstrahlen, von R. Morton-London. Wenn auch die Resultate bei dieser Therapie vielfach schwankend sind, so hat man, wie Redner zeigt, in vielen Fällen so frappante Erfolge gesehen, daß die Berechtigung des Verfahrens in wissenschaftlicher Hinsicht nicht mehr zweifelhaft ist. Viel kommt auf eine gut angepaßte Technik an, die hier im Detail beschrieben wird.

Pyelographie und die Verwendung von Kollargol für die Diagnose der Erkrankungen der Urinwege, von W. I. Bruce-London. An der Hand von vier Fällen demonstrierte Redner mit Röntgenbildern den Wert der Kollargolinjektion in die Ureteren resp. das Nierenbecken für diagnostische Zwecke.

Philippi-Bad Salzschirf.

Gesellschaft der Charité-Ärzte.

(Nach dem offiziellen Protokoll.)

(Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 32.)

Sitzung vom 15. Juni 1911.

Goldbach: **1. Artefizielle Hautgeschwüre.** Bei einem 45jährigen Patienten, der im Alter von 20 Jahren einmal mit einem Ballon Schwefelsäure verunglückt war und ausgedehnte Verätzungen und Hautgeschwüre davongetragen hatte, stellten sich später wiederholt nochmals Geschwüre ein. Der Patient brachte sich dieselben infolge von Wetten selbst wieder durch Schwefelsäure bei; Zwangshandlungen in psychiatrischem Sinne lagen nicht vor.

2. Zwei ungewöhnlich große syphilitische Gummata. Bei den hier angeführten Fällen kam es zu einer Nekrose im Zentrum des Gumma, so daß eine sehr langsame Heilung resultierte.

Lesser: **a) Angeborenes Lymphangiom.** Ein Naevus lymphangiectaticus war bei der Geburt des jetzt 12jährigen Knaben als erbsengroßer, warziger Tumor an der Hüfte vorhanden und vergrößerte sich stärker, als dem Körperwachstum entsprechen würde. Die ausgedehnten Lymphkapillaren bzw. Lymphgefäße imponierten als kleine Bläschen, und es kam zeitweise durch Bersten derselben zu Lymphorrhoe. Ätiologisch war hier tuberkulöse Schwellung der Inguinaldrüsen und dadurch bedingte Stauung vorhanden. Es trat nahezu Heilung nach Röntgenbehandlung ein: innerhalb eines halben

Digitized by Google

Jahres 3—5mal je eine $^3/_4$ Erythemdosis. Schon nach der zweiten Bestrahlung sistierte die Lymphorrhoe, die warzigen Bildungen verschwanden.

b) Fall von Erythema nodosum. Beteiligung der oberen Extremitäten. Herzaffektion.

c) Ein Fall von Spindelhaaren. Bei einer 21jährigen Patientin besteht von Natur eine Art Tituskopf. Das Haar zeigt außer Kürze eine eigentümliche graue Beschaffenheit und ein eigentümliches Schillern. Es handelt sich um Aplasia pilorum intermittens oder moniliforme Haare (Ringelhaare nach Karsch). Die Farbendifferenzen (dunkel und hell) sind durch perlschnurartige Anschwellungen und Einschnürungen der Haare bedingt. Dementsprechend ist die Marksubstanz in den Ausbuchtungen lufthaltig, in den schmalen Stellen fehlt sie. Welche Stellen heller erscheinen, richtet sich nach der Haarfarbe; bei sehr dunkeln Haaren erscheinen die dicken Stellen heller, sonst umgekehrt.

Die Affektion ist in Familien vererbbar. Als weitere Eigentümlichkeit zeigen sich häufig komedoartige Bildungen, welche beim Ausdrücken ein Spindelhaar enthalten.

d) Zwei Fälle von Pemphigus foliaceus. Autor sah einen sehr schweren Pemphigus vegetans durch sehr hohe Dosen von Natrium arsenicosum und Atoxyl intravenös während mehrerer Monate zur Heilung kommen. Bei dem einen der demonstrierten Kranken wurde 0,3 Salvarsan intravenös ohne Erfolg gegeben.

Arndt: Demonstration histologischer Präparate. 1. Polymorphzelliges Riesenzellensarkom bei klinischer Diagnose Lupuskarzinom.

2. Naevokarzinom: bohnengroßer, ulzerierter, derber Knoten in der Haut des rechten Warzenhofes bei 30jährigem Manne. Die klinische Diagnose schwankte zwischen Granuloma teleangiectaticum benignum und bösartig gewuchertem pigmentiertem Naevus.

Arthur Schucht (Danzig).

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

(November 1911.)

Trichomykosis flava, nigra und rubra der Achselgegenden, von Aldo Castellani-Ceylon. C. beobachtete oft an Personen, die in den heißen, dumpfen Distrikten Ceylons wohnten, eine Affektion der Achselhaare, die einigermaßen Picks Trichomykosis palmellina der gemäßigten Zone glich. Die harten, bei letzterer Affektion gefundenen Kanten fehlten immer in C.s Fällen; bei denselben zeigten die Haare vielmehr gelbliche oder schwarze oder — seltener — rote, dem Auge gerade noch sichtbare Bildungen von mehr weicher Konsistenz, die durch Abkratzen mit einer Nadel leicht zu entfernen sind. Die mikroskopische Untersuchung mit schwacher Vergrößerung zeigt, daß das affizierte Haar an verschiedenen Stellen von rundlichen, teilweise oder vollständig den Schaft umgebenden Bildungen bedeckt ist; bei stärkerer Vergrößerung konstatiert man, daß diese Gebilde aus enormen Mengen bazillenähnlicher Körper (bei der gelben Form) bestehen, während bei der schwarzen und roten außer diesen bazillenähnlichen Körpern große Massen kokkenähnlicher Organismen vorhanden

Digitized by Google

sind. Die gelbe Form ist auf einem bazillenähnlichen Pilz, wahrscheinlich einer Streptothrix oder Mikrosporon zurückzuführen; eine Reinkultur dieses Pilzes gelang nicht. Die Pigmentierung bei den schwarzen und roten Formen wird durch kokkenartige Organismen, welche schwarzes und rotes Pigment produzieren und auf den Haaren mit dem streptothrixähnlichen Fungus in Symbiose leben, verursacht. Der schwarzes Pigment produzierende Kokkus ist leicht in Reinkultur zu züchten und augenscheinlich verschieden von anderen Kokkenarten; C. wählte für dieselbe die Bezeichnung „Micrococcus nigrescens". Der rotes Pigment produzierende Kokkus gleicht einigermaßen dem Micrococcus ruber, der von Tromsdorff in Fällen von Chromhidrosis gefunden wurde, aber auch dem Micrococcus rubicus von Heffteran. Weitere Angaben über den klinischen Verlauf dieser Haaraffektionen macht C. nicht.

Ichthyosis bullosa, von George Pernet. In dem von P. beobachteten Falle dieser seltenen Affektion handelt es sich um ein $4^1/_2$ Monate altes, gut genährtes Kind weiblichen Geschlechts, das fast am ganzen Körper, mit Ausnahme von Handtellern und Fußsohlen, mit grauen, leicht schuppenden Lamellen bedeckt war. Dieselben waren nahezu wie Krusten und konnten leicht entfernt werden; die darunter liegende Haut leicht gerötet. Das Gesicht war relativ frei von Ausschlag und ebenso das Gesäß. In den folgenden Monaten stellten sich neben diesen Erscheinungen ausgesprochener Ichthyosis am Nacken und oberen Gesäßteilen Blasen ein, die allmählich eintrockneten, im Laufe der nächsten 12 Monate, solange als die kleine Patientin in Beobachtung blieb, immer wieder auftraten und neben der trockenen Ichthyosis zu nässenden Hautpartien Veranlassung gaben P. möchte diesem, auch von Brcq, von Düring u. a. als sehr selten bezeichneten Hautleiden die Bezeichnung „anormale kongenitale Blaseneruption plus Ichthyosis" oder auch „bullöse Ichthyosis" geben.

Ein Fall von Granuloma annulare, von Ernest D. Chipman. Patient, ein 14jähriger Schulknabe, hatte am Rücken beider Hände und an beiden Ohrmuscheln eine Eruption von zirkulärer Form, bestehend aus tiefsitzenden, sehr konsistenten Papeln oder Knötchen von blassem, wachsartigem Aussehen und über der Haut erhaben. Jene an der Hand waren plötzlich vor 6 Wochen, jene an den Ohren vor 3 Jahren aufgetreten. An den letzteren sind die Kreise keine vollständigen, nur Kreisbogen, die mit den Rändern der Ohrmuscheln korrespondieren. Wassermannsche Reaktion negativ, Morrosche Tuberkulinprobe positiv. Die histologische Untersuchung ergab für Ohren- und Handlokalisation übereinstimmende Bilder: in der Epidermis ausgesprochene Hyperkeratosis, Stratum granulosum und Stachelzellenschicht beide unverändert, beginnend mit den Papillenspitzen Zellinfiltration, welche nahezu dem Verlaufe der Blutgefäße folgte. Was den speziellen Charakter dieser die Infiltration bewirkenden Zellen betrifft, so waren — in Übereinstimmung mit Littles Befund — am zahlreichsten die einkernigen Rundzellen, die, größer als die Leukozyten, dennoch diesen ähnelten, dann runde und Spindelzellen, aber keine Epithel- oder Plasma- oder Riesenzellen wurden beobachtet. Nach der Zusammenstellung von Little im Jahre 1908 (von 49 Fällen) kamen 60 % der Fälle in England, 35 % auf dem europäischen Kontinent und 5 % in Amerika vor; das beweist, daß sie in England entweder besonders häufig auftritt oder leichter erkannt wird. Sie kommt am häufigsten in den ersten zwei Lebensjahrzehnten vor, beinahe gleich oft bei beiden Geschlechtern und in nahezu zwei Drittel der Fälle ist sie auf die Hände oder Handgelenke lokalisiert, der Lieblingssitz die Dorsalfläche der Phalangen, wiewohl Nacken, Ellenbogen und Knie auch zu den disponierten Stellen zu gehören scheinen. In verschiedenen Fällen waren gleichzeitig multiple Warzen vorhanden; Tuberkulose dürfte kaum als prädisponierendes Moment in Betracht kommen, da nur 4 von den 49 Fällen Littles damit behaftet

Digitized by Google

waren. Immerhin glaubt Verf., daß in bezug auf diesen ätiologischen Faktor noch weitere Forschungen mit CALMETTES und PIRQUETS Reaktion anzustellen seien.

Stern-München.

Giornale Italiano delle Malattie veneree e della pelle.

1911. Fasc. III.

Bazillus FRISCH und Rhinosklerom, von PASINI. Der Kapselbazillus von FRISCH gibt bei Gegenwart von Rhinoskleromserum mit ziemlicher Konstanz (in 4 Fällen von 5) die Deviation des Komplements in der Probe nach BORDET-GENGOU. Das alkoholische Extrakt des Rhinoskleromknotens gibt bei geeigneter Verdünnung (bei Verf. 1 : 15) in Gegenwart von Rhinoskleromserum mit Konstanz die Ablenkung des Komplements. Der Pneumobazillus FRIEDLÄNDER und der Ozänabazillus ABEL und LÖWENBERG gaben nicht (in 4 Fällen von 5) bei Gegenwart von Rhinoskleromserum die Ablenkung des Komplements in der Probe von BORDET-GENGOU. Bei der Original-WASSERMANN-Reaktion gibt das Serum von Rhinoskleromkranken konstant ein negatives Resultat. Verf. schließt aus seinen Versuchen, daß die Probe von BORDET-GENGOU kein genügendes Kriterium darbietet, um festzustellen, daß das Serum von Rhinoskleromatösen spezifische Antikörper gegen den Bazillus FRISCH enthält und derselbe spezifisch pathogen für Rhinosklerom und sicher differenzierbar vom Pneumobazillus FRIEDLÄNDER und Ozänabazillus ABEL und LÖWENBERG sei.

Ätiologische Untersuchungen über den tropischen Pemphigus, von BERTARELLI und PARAMBOS. Es gelang den Verf. nicht, bei einem Fall von tropischem Pemphigus, der sich bei einem 22jährigen Manne über den ganzen Körper erstreckte, einen Erreger nachzuweisen, nicht durch Kultur, und nicht durch Überimpfung auf Affen, Kaninchen usw. Auch Serumversuche mit syphilitischem Antigen und spezifischem aus der Haut des Kranken waren absolut negativ.

Über einen Fall von „Purpura annularis teleangiectodes". von RADAELLI. Verf. beobachtete einen Fall dieser zuerst von MAJOCCHI beschriebenen Dermatose bei einem jungen Mann von 19 Jahren. Histologisch läßt sich bei einer kleinen Arterie am besten der Beginn der Veränderung verfolgen. Derselbe besteht in einer Endarteriitis, welche begleitet wird von einer Degeneration der Gefäßwandung. Verf. hält die annuläre Form der einzelnen Effloreszenzen für hervorgerufen durch eine zentrale Gefäßerkrankung und stellt sie in Parallele zu der Livedo annularis a frigore. Über die Ätiologie der Krankheit läßt sich nichts Sicheres sagen. Es fehlen Erscheinungen von seiten des Herzens; vielleicht ließe sich aus dem Vorhandensein einiger nervöser Venen auf eine leichte Zerreißbarkeit der Blutgefäße schließen. Der Ausbruch der Erkrankung geschah ohne rheumatische oder Allgemeinwucherungen, es waren keine Anzeichen von Syphilis da, WASSERMANN negativ. Vielleicht ist Tuberkulose ätiologisch nicht ohne Bedeutung, bei dem Patienten entwickelte sich nach einigen Monaten eine Pleuritis, doch will Verf. die Purpura nicht in sicheren ätiologischen Zusammenhang mit der Tuberkulose bringen. Besonders JONA hat neuerdings die Aufmerksamkeit auf die Purpura der Tuberkulösen gelenkt.

Beobachtungen bei drei Fällen von Sarcoma Kaposi, von CAVAGNIS. Verf. beschreibt drei typische Fälle dieser klinisch bekannten Erkrankung. Histologisch fanden sich neben den neoplastischen Zellen auch Entzündungselemente. Diese zeigen sich in Form einer Infiltration, die aus mononukleären und fibroblastischen Zellen besteht und mit Vorliebe an der Peripheri der neoblastischen Herde saß, besonders wenn diese

Digitized by Google

einen bestimmten Entwicklungsgrad erreicht haben. Von anderen Autoren wurden diese Elemente als neoplastische gedeutet und die kleinen mononukleären Zellen als Sarkomzellen aufgefaßt, daher die Bezeichnung kleinzelliges Sarkom. Verf. führt das Sarcoma Kaposi auf als ein Angioperitelioma oder Angioendotelioma; damit würde auch der klinische Verlauf harmonieren, der sich über lange Zeit hinziehen kann ohne besondere Alteration des übrigen Körpers, es finden sich sogar Fälle von sicherer Heilung. Die Ursache der Krankheit ist unbekannt, sie findet sich häufiger in gewissen Ländern, wie Deutschland und Italien. Die Beobachtungen von Campana, der Veränderung der peripheren Nerven als ursächlich annimmt, sind von keiner Seite bestätigt, auch bei des Verfassers drei Fällen fanden sich klinisch keine Anomalien des zentralen oder peripheren Nervensystems. Die Ursache des Sarcoma Kaposi ist noch immer dunkel.

Über zwei Fälle von papulonekrotischem Tuberkulid, von Carlo Coppolino. Weder durch Tierversuche noch mikroskopisch war es möglich, Tuberkelbazillen nachzuweisen. Die histologische Untersuchung einzelner Effloreszenzen ergab zwar das Fehlen von typischen Tuberkeln, aber nur ein einfaches Infiltrat von lymphatischen und Bindegewebszellen längs der Hautgefäße oder der Talgdrüsen. Die für das Tuberkulid charakteristischen Veränderungen sprechen für die Toxintheorie.

Einige neue Publikationen über Framboesia oder Bouba, von Achille Breda. Zusammenfassung der letzten Arbeiten. Verf. dankt Jeanselme für den Vorschlag, die Krankheit als Morbus Breda zu bezeichnen.

Extragenitale Ulcera venerea, von Virginio Ramazotti. Der 17jährige Patient hatte zuerst ein Ulcus molle am Frenulum an gewöhnlicher Stelle. Nach kurzer Zeit bekam er ein gleiches Ulkus an der rechten Hand, Mittelfinger, und bald danach ein solches an der rechten Tibia. Bei allen dreien gelang es, den Erreger des Ulcus molle nachzuweisen. (Photographie desselben und der Ulzera.)

Das Salvarsan in der Behandlung der Syphilis, von Pappagallo. Verf. hat 14 Fälle mit Salvarsaninjektionen nach Wechselmann in neutraler Suspension intraglutaeal behandelt. Die Injektionen wurden fast immer gut vertragen, niemals Verflüssigung des Infiltrats oder Neurosen. Die einzelnen Fälle bieten nichts Besonderes. Verf. schließt: Das Salvarsan zeigt eine spezifische Wirkung auf verschiedene Erscheinungen der Syphilis. Dieselbe ist schwach und unvollständig, hört auf, wenn die Erscheinungen geschwunden sind. Er bedauert den Enthusiasmus, den das neue Präparat besonders in der Privatpraxis hervorgerufen hat, und ist mehr für eine Hg-Jodbehandlung, indem er das Salvarsan für die gegen Hg intoleranten Fälle reserviert wissen will.

Haas-Hamburg.

Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma.

29. Jahrg., Nr. 3, Oktober 1911.

Über das Molluscum contagiosum des Menschen (Kultur und andere Versuche), von R. Campana. Mitteilung von gelungenen Kulturversuchen und experimentellen Überimpfungen dieser Kulturen auf Tiere.

Die Sepsis bei einigen mit Epidermolysis einhergehenden Erkrankungen, von Raffaele de Marco. Bei den meisten Krankheiten, die mit einer Epidermolysis einhergehen, ist letztere die Folge einer gleichzeitigen septischen Infektion, welche von Hautverunreinigungen oder Traumen (Kratzen) herrührt und nur sehr selten durch die Blutzirkulation der umgebenden Hautkapillaren zustande kommt.

Das Verhalten der Haut und des Urins bei einigen hereditär-syphilio-

Digitized by Google

hämischen Zuständen, von Paolo Filamo. Es gibt mehrere Arten von Epidermolysis bei Lues congenita, welche Charaktere von oberflächlicher Hyperkeratose mit leichten dystrophischen Phänomenen aufweisen, ähnlich wie die kongenitalen Leukoplakien syphilitischen Ursprungs, usw. Dem Zustande der Haut entspricht eine Veränderung im Organismus, die sich im Auftreten eines Alkaloids im Urin kundgibt. Letzteres konnte in den Versuchen des Autors zwar nicht identifiziert werden, wurde aber durch Alkaloidreaktionen nachgewiesen und erwies sich im Tierversuch als ein Nervengift. Gunsett-Straßburg.

Actas dermo-sifiliográficas.

(3. Jahrg., April-Mai 1911, Nr. 4.)

Über die Behandlung der Syphilis der Brustkinder durch Salvarsanbehandlung der stillenden Personen, von Serrano und Sainz de Aja. Die Autoren teilen zwei Fälle mit, in welchen eine Salvarsanbehandlung der Mutter die syphilitischen Läsionen der Brustkinder prompt zum Schwinden brachte.

Über einen Fall von primärer Lymphangiektasie der rechten Leiste. Behandlung mit Röntgenstrahlen, von Peyri-Barcelona. Die Affektion war zuerst erfolglos mit Elektrolyse und Galvanokauterisation behandelt worden und wich erst auf Radiotherapie.

Fraktionierte Behandlung der Syphilis mit intravenösen Salvarsaninjektionen, von H. Sampelayo. Der Autor macht 6—8 Injektionen von 0,2 Salvarsan.

Ein Anfall von Blutdruckvermehrung nach einer Salvarsaninjektion, von S. S. Covisa. Bei einem Patienten mit papulösem Syphilid wurde wie gewöhnlich vor der Salvarsaninjektion der Blutdruck mit dem Riva-Rocci schen Sphygmomanometer mit 138 festgestellt. 11 Tage nach der Injektion stellte sich eine leichte Arythmie ein, der Puls war 100, der Blutdruck 136, stieg aber täglich an und gelangte am 26. Tage bis auf 215, um dann wieder zu sinken.

Ein Fall von blennorrhoischer Talalgie, mit Röntgenstrahlen behandelt, von Julian Batera. Es wurden appliziert 2 H auf der Innenseite und 2 H auf der Außenseite, 8 Tage später 3 H auf die Plantarfläche; 8 Tage nachher wurde nochmals die Innen- und Außenseite der Ferse je mit 2 H bestrahlt. Dieser Zyklus wurde einen Monat später wiederholt. Es wurde jedesmal ein Aluminiumfilter von 1 mm Dicke verwandt. Die Schmerzen wurden vollständig behoben und die Gehfähigkeit des Fußes wiederhergestellt.

Ein Fall mehr von Reinfectio (superinfectio) syphilitica, von Sainz de Aja. Ein Kranker bekommt 1906 einen Schanker mit sekundären Symptomen, wird nur mit Pillen behandelt und bekommt 1908 ein Rezidiv. 1911 acquiriert derselbe Patient einen neuen Schanker mit reichlichen Spirochäten, Lymphangitis, Inguinaldrüsen und Roseola. Der Autor glaubt, daß es sich um superinfectio handelt.

Akute Prurigo. (Lichen simplex acutus, Prurigo auto-toxica Tommasoli, Prurigo simplex Brocq, Urticaria papulovesiculosa Neisser, Ekzema papulosum der Wiener Schule.) Von Juan de Azúa. Mitteilung eines Falles.

Zwei Fälle von Lupus tuberculosus mit Röntgenstrahlen behandelt, von Julian Batera. Zwei ulzerierte Gesichtslupus; der eine nach 14—15 H, der andere nach 25 H sehr gebessert.

Ein Fall von Mammakarzionom beim Manne, von Sainz de Aja.

Lichen hypertrophicus corneus verrucosus mit Salvarsan behandelt, von Azua. Der Fall wurde bereits an anderer Stelle publiziert und referiert.

Digitized by Google

Ein Fall von Lichen planus Wilson mit Salvarsan behandelt, von V. Martin. Langsamer Schwund des Lichens nach Injektion von 0,3 g Salvarsan intramuskulär.

Zikatrizielle Achromie nach Salvarsan, von J. Nonell. An der Stelle des Schankers bildete sich eine pigmentlose Narbe mit hyperchromischem Rande.

Zoster und Herpes als Nebenwirkung des Salvarsans, von Serrano und Saint de Aja. Bei einem Kranken trat 14 Tage nach der Injektion von 0,3 g Salvarsan ein typischer Zoster der Glutäalgegend auf. Einen Monat später wurde die Injektion wiederholt und es bildete sich 5 Tage nach derselben ein Zoster ophthalmicus.

Über einen Fall von Lymphadenia cutanea, von J. Peyri.

Vereinfachung der Technik der intravenösen Salvarsaninjektionen, von Sanchez del Val. Beschreibung eines Apparates.

Zwei Fälle von Überempfindlichkeit der Haut, von Vicente Gimeno. Es handelte sich um Überempfindlichkeit dem Jodoform gegenüber.

Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von generalisiertem Pruritus, von J. Batera. Es handelte sich um einen Pruritus bei Albuminurie, der durch Röntgenbestrahlung geheilt wurde.

Syphilis. Salvarsaninjektion. Rezidiv. Erneute Salvarsaninjektion. Verschlimmerung. Zwei Injektionen von grauem Öl. Beträchtliche Besserung, von H. Sampelayo. Beschreibung eines arsenfesten Falles von luetischer Iritis.

Gunsett-Straßburg.

Revista española de Dermatologia y sifiliografia.

(Bd. 13, November 1911, Nr. 155.)

Medikamentöse Binden, von Jaime Peyri-Rocamora. Um einen möglichst hohen Grad von Asepsis beim Verband von Hautkrankheiten zu erhalten, verwendet der Verf. Binden, die mit Pulver, Salben oder Gelatine versehen sind. Er rühmt ihnen zugleich größere Einfachheit der Applikation und größere Haftbarkeit nach.

Eine neue Methode der Salvarsanapplikation, von Pedro Jaume Matas. Bericht über die Salvarsanbehandlung der stillenden Mütter und deren Resultate auf die Brustkinder.

Die spezifischen Behandlungen, von Felix Domingo Calvo-Valladolid. Nichts Neues.

Gunsett-Straßburg.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

(Bd. 11, Heft 8, August 1911.)

Über Salvarsanexantheme, von S. Watanabe und Y. Fujitani. An der dermatologischen Klinik von Tokio (Prof. Dohi) sind 10 Fälle von Hautausschlägen nach Salvarsaninjektionen beobachtet worden: urtikarielle, masern- und scharlachartige Exantheme, Erytheme der Haut und Schleimhaut, Herpes zoster und Herpes labialis. In einem Falle fand sich gleichzeitig Pruritus der Handteller und Fußsohlen. Die Exantheme scheinen nach intravenösen Injektionen seltener zu sein als nach intramuskulären und subkutanen, und bis zu einem gewissen Grade von der Höhe der Dosis abhängig zu sein.

Über die durch Salvarsanbehandlung hervorgerufene Schwerhörigkeit und Fazialislähmung, von H. Nakano-Tokio. Unter 300 Fällen vier mit Nebenwirkungen auf die Nn. opticus, facialis, trochlearis und vestibularis; die Wirkung war eine vor-

Digitized by Google

übergehende von 2 Wochen bis $2^1/_2$ Monate Dauer. Verf. ist geneigt, dem Salvarsan neurotrope Wirkung zuzuschreiben.

Über die Verwendbarkeit des $CaCl_2$ bei Hautkrankheiten, von S. Yoshimura-Osaka. Auf Grund der antiphlogistischen und sekretionsvermindernden Eigenschaften des Chlorkalzium hat der Verf. 1—2 % wäßrige Lösungen in Mengen von 20—50 ccm subkutan bei entzündlichen Dermatosen injiziert und hatte namentlich bei akutem Ekzem gute Erfolge.

Über die Anwendungsweise des Salvarsans, von K. Sakurane-Osaka.

Über die Injektion der schwach alkalischen Halbemulsion des Salvarsan, von S. Okugawa-Osaka.

Ein Fall von Pityriasis rubra Hebrae, von T. Kuboyama-Osaka.

Ein Fall von Xeroderma pigmentosum, von T. Kuboyama.

Über Lupus erythematosus, von S. Yamada-Osaka.

W. Lehmann-Stettin.

Bücherbesprechungen.

Therapeutisches Taschenbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten, von A. Blaschko u. M. Jacobsohn. (Fischers therapeut. Taschenb. II, Berlin 1912.) Entsprechend den neueren Errungenschaften in der Therapie der Dermatosen, besonders aber der Syphilis, hat das Buch eine Neubearbeitung erfahren. Zuerst wird ein allgemeiner Überblick über die bei Hautkrankheiten üblichen Behandlungsmethoden, dann über die verschiedenen Heilmittel und ihre Wirkungsweise gegeben. Den zweiten Abschnitt bildet die spezielle Therapie der Hautkrankheiten und dann der Geschlechtskrankheiten. Bei jedem einzelnen Krankheitsbilde werden die in der Blaschkoschen Klinik gebräuchlichen therapeutischen Methoden und die Medikamente, ihre Indikationen und Kontramedikationen, Verhaltungsmaßregeln usw. angegeben. Bei der Syphilis ist dem Salvarsan ein breiter Raum eingeräumt. Für den Praktiker wertvoll ist außer der leichten Orientierungsmöglichkeit auch die Preisangabe bei jedem Rezepte.

Richard Frühwald-Leipzig.

Medizinalkalender für das Jahr 1912. Herausgegeben von Dr. B. Schlegtendal-Berlin. (August Hirschwald, Berlin 1912.) Der 63. Jahrgang dieses altberühmten und altbewährten Ärztefreundes ist soeben erschienen in seiner längstbekannten vorzüglichen Ausstattung; er besteht aus zwei halbjährlichen Notiztaschenkalendern, zwei Beiheften (enthaltend Geschäftskalender, Heilapparat, Verordnungslehre, Kur- und Badeorte, diagnostisches Nachschlagebuch) und dem Hauptbande, der die Personalien der Zivil- und Militärärzte, der Zahnärzte und Apotheker bringt.

Besonders hervorzuheben ist die neue Bearbeitung der für den praktischen Arzt so wertvollen Rezepturangaben, die Handlichkeit des Kalendariums und der Beihefte, die auch in der kleinsten Tasche leicht unterzubringen sind. So wird denn auch in diesem Jahre der Hirschwaldsche Medizinalkalender als der Primus inter pares den Kollegen recht warm empfohlen. D. R.

Die Gonorrhoe des Mannes. Ihre Pathologie und Therapie, von Wilhelm Karo. (Verlag von Julius Springer, Berlin 1911.) Wie der Verfasser in seinem Vor-

Digitized by Google

wort mitteilt, verdankt das Buch seine Entstehung poliklinischen Vorträgen, in denen seitens der Hörer oft der Wunsch geäußert wurde, die von der landläufigen Schablone in mancher Hinsicht abweichenden Anschauungen des Verfassers in Buchform einem weiteren Kreise zugänglich zu machen. Ein Hauptmerkmal seiner Behandlung der akuten Blennorrhoe ist z. B. das vollständige Unterlassen von Einspritzungen wäßriger Lösungen mit der Tripperspritze und deren Ersatz durch die sog. Tubogonaltherapie. Da die wäßrigen Lösungen nur kurze Zeit in der Harnröhre verweilen können, vermischt Karo die Antiseptika und Adstringenzien mit einer schlüpfrigen, dickflüssigen Masse, dem von Casper zum Einfetten von Kathetern benutzten Katheterpurin. Die mit dem gewählten Medikament gemischte Gleitmasse wird in Tuben nach Art der Zahnpastentuben gehüllt. Letztere haben den konischen Ansatz der Tripperspritzen, der auf die Urethra aufgesetzt wird, worauf durch Druck auf das Tubenende etwas Inhalt in die Urethra ausgedrückt wird. Das Trippermittel wird auf diese Weise viel länger in der Urethra zurückbehalten als durch die gewöhnliche Tripperspritze. Als weitere Neuerung empfiehlt Karo für die Behandlung per os die Bukkosperinkapseln, eine Kombination von Diuretikum, Balsamikum und Antiseptikum, von Folia Bukkoextrakt mit Kopairabalsam und Hexamethylentetramin nebst Acid. salicyl. Die Kapseln sollen von außerordentlich gutem Erfolg und ohne Nebenwirkungen sein.

Gunsett-Straßburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Knäuelartige Nervenendigungen in der Vogelhaut, von E. Botezat-Czernowitz. (Anat. Anzgr., 1911, Bd. 39, S. 143.) Während die befiederte Haut der Vögel in gleicher Weise wie die behaarte Säugetierhaut Endknäuel als sensible Apparate nicht zu besitzen scheint, sind derartige Terminalgebilde in der nackten Haut der Vögel zu finden. Autor berichtet über neue Befunde von knäuelförmigen Terminalapparaten, die er in den schleimigen Partien der Gaumenhaut von Fringilliden erhoben hat, wo sie innerhalb der drüsigen Haut in den drüsenfreien Inseln mitunter massenhaft vorkommen.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Entstehung von Mastzellen aus Lymphozyten und Plasmazellen, von Hal Dorney. (Anat. Anzgr., 1911, Ergänzungsheft zum 38. Band.) Autor weist nach, daß in den Lymphdrüsen der erwachsenen Katze histogene Mastzellen gebildet werden aus Lymphozyten und Plasmazellen der Lymphdrüsen, er glaubt ferner auf Grund seiner Untersuchungen, daß Plasmazellen unter Umständen weiter differenzierungsfähige Elemente sind, ferner, daß indirekte Beziehungen zwischen Kern und Granulabildung bestehen dürften. Als wichtigstes Resultat betrachtet er die lokale Entstehung der basophilen Granulozyten aus typischen Lymphozyten im Gegensatz zu der Ehrlichschen Lehre und die Folgerung, daß das lymphatische und das myeloide Gewebe nicht absolut differente Gebilde sind.

Arthur Schucht-Danzig.

Studien über Pigmentbildung, von Ferdinand Winkler. (Arch. f. Entwicklungsmechanik d. Org., Bd. 29, Heft 3 u. 4.) Der Verf. hat erwachsenen Tritonen und Salamanderlarven den Schwanz amputiert und an dem Regenerate die Pigmentbildung

Digitized by Google

studiert. Er fand, daß diese in der Epidermis erfolgt. Ferner hat er Transplantationsversuche von pigmentierter Haut auf unpigmentierte und umgekehrt vorgenommen. Als Versuchstiere dienten ihm Mäuse, Frösche, Tritonen usw. Mikroskopisch zeigte sich nun, daß die transplantierten Stücke von der übrigen Haut scharf getrennt waren; ein Einwachsen der Pigmentzellen erfolgte nicht. Wurde das Stück umgekehrt, mit der Pigmentschicht nach oben, aufgelegt, stieß sich diese ab, die Epidermis verschwand.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Bedeutung der Pigmentzellen, von Bernhard Heller, Tierarzt. (Inaug.-Dissert., Bern 1909. Sep.-Abdr. aus Freytag: Blutstudien II.) Der Verf. formuliert sein Hauptresultat in folgenden Sätzen: Die Pigmentzellen, welche wir niemals im Teilungsstadium sehen, sind an Orten, an den solche Zellen vorher nicht oder wenigstens nicht in dem Maße vorhanden waren, aus bereits vorhandenen entstanden, deren Funktions- resp. Altersstadium sie unzweifelhaft darstellen. Wäre diese Annahme nicht richtig, so müßten wir in der Norm derartige Zellen auch in Teilung sehen, sie dürften aber auch nicht in den späteren Monaten nach der Milzexstirpation, in denen sich Fibrillen gebildet haben, wieder verschwinden. Diese erwähnten Verhältnisse müssen bei jeder Theorie der Entstehung der Leukozyten mit in Betracht gezogen werden. Darin ist ihre Bedeutung begründet.

Fritz Loeb-München.

Beiträge zur Kenntnis der menschlichen Hautpigmentierung, von Y. Tanaka-Osaka (Japan). (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 14.) Histologische Untersuchungen, aus denen der Verf. folgende Schlüsse zieht: 1. Die Epidermiszellen und die Bindegewebszellen können selbständig und unabhängig voneinander Pigment bilden. 2. Die verzweigten pigmentierten Zellen in der Epidermis sind rein epithelialer Herkunft. 3. Das Verhältnis zwischen der Epidermis- und Kutispigmentierung ist wechselnd: die Pigmentierung der Kutis ist bei dem großen Pigmentreichtum der Epidermis eine geringfügige oder umgekehrt. 4. Das übermäßig gebildete Pigment in dem Epithel wird aus demselben in die Kutis ausgestoßen und dann von den Leukozyten und den Bindegewebszellen aufgenommen. 5. Die weitere Pigmentabfuhr kann auf den Lymphwegen stattfinden. 6. Die als Chromatophoren bezeichneten Zellen in der Kutis spielen für die Epidermispigmentierung keine Rolle, sondern sind z. T. als die sekundär das ausgestoßene Pigment aufnehmenden Bindegewebszellen anzusehen.

W. Lehmann-Stettin.

Zur Physiologie und Pathologie des Wasserwechsels und der Wärmeregulation seitens des Hautorganes, von A. Lorwy und W. Wechselmann. (Virchows Arch., Bd. 206, Heft 1.) Bei drei blutsverwandten Personen — zwei Brüdern und deren Onkel — bestanden ektodermale Hemmungsbildungen, angeborene Hypotrichosis und vollkommene Anidrosis. In etwa 600 Schnitten aus der Haut aus der Achselhöhle, vom Oberschenkel und aus der Brust fand sich nirgends eine Schweißdrüse noch eine Talgdrüse. Die Hautoberfläche war fettlos. Durch diesen gleichzeitigen Mangel an Talgdrüsen besitzen die schweißdrüsenlosen Personen eine Art Kompensationsmittel, durch welches ihre Fähigkeit zur Wasserabgabe durch die Haut gesteigert wird. Ausführlicheres ist im Original nachzulesen.

Schourp-Danzig.

Versuche zur klinischen Beobachtung der Lymphzirkulation der Haut, von Z. v. Dalmady-Budapest. (Deutsche med. Wochenschr., 1911, Nr. 41.) Die Methode besteht in der Injektion in das Stratum subpapillare corii von $^1/_{10}$ ccm einer 1 : 5000 Adrenalinlösung in physiologischer Kochsalzlösung. In 20—30 Minuten bildet sich von der injizierten Stelle aus in der umgebenden Haut das Bild der Lymphangioitis, die sich allmählich vergrößert. Es kommen so Linien und Streifen bis zu 40 cm Länge zum Vorschein, deren Vorwärtsschreiten man direkt mit der Uhr messen kann.

Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Mikroskopische Technik.

Einige Beobachtungen über die feinere Struktur der Riesenzellen in Gummi und Sarkom, von T. Wakabayashi-Tokushima. (Virchows Arch., Bd. 205, Heft 1.) Im Zelleibe der tuberkulösen wie der Gummi- und Sarkomriesenzellen findet sich niemals Nekrose oder der nachweisbare Beginn einer solchen. Das Protoplasma der Riesenzellen enthält, umgeben von einer Sphäre, eine oder mehrere Gruppen von Zentralkörperchen, die sich in jedem Falle mit geeigneten Färbemethoden nachweisen lassen. Ihre Form, Größe und Anordnung ist in allen Riesenzellen gleich. Mitosen haben sich in Riesenzellen niemals nachweisen lassen. Schourp-Danzig.

Die Färbung des fibrillären Retikulums mit der Bielschowskyschen Methode zur Differentialdiagnose zwischen Sarkom und Epitheliom, von C. Licini. (Riforma med., 1911, Nr. 39.) In vielen Fällen ist es schwer, die Differentialdiagnose zwischen Sarkom und Epitheliom zu stellen. Es gelingt nun häufig, mit der Bielschowskyschen Silberimprägnierung die von den Sarkomzellen gebildete interzelluläre fibrilläre Substanz zur Darstellung zu bringen, welche beim Epitheliom vollkommen fehlt.

Gunsett-Straßburg.

Beitrag zur Frage der Beeinflussung des elastischen Gewebes durch Tuberkulose, von M. Oppenheim, Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1910, Nr. 6.) Auf Grund zahlreicher Experimente und histologischer Untersuchungen kommt Autor zu dem Resultat, daß eine spezifische, dem Tuberkelbazillus und dessen Toxinen ausschließlich zukommende Wirkung auf das elastische Gewebe nicht nachweisbar ist, und daß ohne Entwicklung von Zellinfiltraten eine Schädigung der Elastika nicht beobachtet wird. Dabei ist die Art der Infiltration ohne Belang. Ansammlung von Rund-, Epitheloid- und proliferierenden Bindegewebszellen veranlaßten die Unmöglichkeit, die elastischen Fasern tinktoriell darzustellen. Er kann daher die Tuberkulose nicht als Ursache für das Fehlen der Elastika bei den atrophisierenden Dermatiden ansehen, speziell bei der Dermatitis atrophicans maculosa, wo die elastischen Fasern unabhängig vom Auftreten der Infiltrate zugrunde gehen. Arthur Schucht-Danzig.

Bakteriologie.

Hereditäre Übertragung der Spirillosen, von L. Nattan-Larrier. (Ann. de l'instit. Pasteur, 1911, S. 739.) Auf Grund seiner Versuche an Ratten und Mäusen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Spirillum Obermeieri und Sp. Duttoni gehen etwa in 80% der Fälle von der Mutter auf den Fötus über, und zwar ist die Spirillenüberschwemmung im Anfange der Trächtigkeit massiger als gegen Ende. Zwecks dieser Übertragung ist eine Läsion der Plazenta nicht nötig; die Spirochäten können den ektodermalen Teil der Plazenta und die Endothelien der fötalen Kapillaren durchdringen. Wird ein Tier zu Beginn der Trächtigkeit infiziert, so können die Jungen aktive Immunität besitzen. Diese tritt im umgekehrten Falle erst nach längerer Zeit ein.

Richard Frühwald-Leipzig.

Neue einfache und schnelle Methoden zur Spirochätenfärbung, von Steinhaus. (La Policlinique, Bruxelles 1911, Nr. 13.) Kurze Beschreibung der von Kalb und Klausner angegebenen Methoden. Letztere wird bevorzugt. Gunsett-Straßburg.

Kultur des pathogenen Treponema pallidum, von Hideyo Noguchi-New York. (Journ. Americ. Med. Assoc., Bd. 57, Nr. 2.) N. züchtete die Spirochaeta pallida in

Digitized by Google

Reinkultur, impfte Kaninchen mit der Kultur und erzeugte damit Veränderungen, welche denen menschlicher Syphilis entsprachen und das Treponema pallidum enthielten.

Schourp-Danzig.

Die Geißel der Spirochaeta pallida, von C. Levaditi. (Compt. rend. d. séanc. d. l. soc. de biologie, Bd. 71, S. 156.) L. hat Stückchen einer Kaninchensklerose in Pferdeserum versenkt und tags darauf in letzterem zahlreiche Spirochäten nachgewiesen. Einige derselben zeigten an einem Ende einen fadenförmigen Fortsatz, der etwa ein Drittel so dick wie die Spirochäte ist, 8—10 regelmäßige enge Windungen und selbständige Bewegungen hat. Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Benennung des Syphiliserregers nebst Bemerkungen über seine Stellung im System, von E. Hoffmann-Bonn. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 33.) Verf. legt dar, daß es naturwissenschaftlich entschieden verkehrt ist, den Syphiliserreger als eine Spirille zu bezeichnen, da als die charakteristische Eigentümlichkeit der Spirillen das Vorhandensein einer starren Außenmembran anzuerkennen ist, welche dem Syphiliskeime doch jedenfalls abgeht. Die einzig zulässigen Namen wären Spirochaeta pallida, wie Schaudinn vorgeschlagen hat, oder nach Hoffmann: Spirochaeta luis und Syphilisspirochäte. Ob dieser Mikroorganismus zu den Protozoen oder zu den Bakterien gehöre, ist trotz der neueren Arbeiten auf diesem Gebiete (Schellack, Gross, Doflein) noch nicht entschieden; doch sprechen viele Gründe, wie hier auch dargelegt wird, für die erstere Auffassung. Zum Schluß berichtet Verf. kurz über den Gang der Untersuchungen, welche zur Entdeckung der Spirochaeta pallida führten und begründet sein Anrecht auf Anerkennung seiner durchaus nicht unerheblichen Mitarbeiterschaft.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Spirochaeta pallida-Kulturimpfungen nebst Bemerkungen über die Wassermannsche Reaktion beim Kaninchen, von H. Sowade-Halle. (Deutsche med. Wochenschr., 1911, Nr. 42.) S. berichtet über fünf weitere Tiere, die bei Verwendung von teilweise recht wenig verunreinigten Kulturen als Impfmaterial eine konstitutionelle Syphilis akquisiert haben, deren Symptome denen der menschlichen Lues vollkommen gleich waren. Er impfte auch diesmal (cfr. Deutsche med. Wochenschr., 1911, Nr. 15) unter Umgehung eines Primäraffektes intrakardial und intravenös, in die Carotis communis und in die Lebersubstanz. Die Impfung gelang auch mit Kulturspirochäten zweiter Generation. Die klinischen Symptome der Generalisation des Virus waren, abgesehen von bemerkenswerter Abnahme der Körperkräfte und Haarausfall, papulöse und papuloulzeröse Syphilide, Drüsenschwellung, Paronychien und Iritis.

Die Wassermannsche Reaktion als diagnostisches Hilfsmittel bei der experimentellen Tiersyphilis zu verwenden, scheiterte bisher an der Tatsache, daß auch bei normalen Tieren häufig eine positive Reaktion gefunden wird, bis es Blumenthal gelang, durch eine spezielle Versuchsanordnung diese Schwierigkeit zu umgehen. Sowade setzte in den hier mitgeteilten Versuchen immer nur ein Viertel der üblichen Serummenge an. Bei Verwendung der halben wirksamen Extraktmenge gaben 14 normale Kaninchen sämtlich eine negative Reaktion. Außerdem wurden 14 geimpfte Kaninchen untersucht; davon waren sieben intrakardial geimpft, vier in den Hoden, eins intraokular und zwei kutan an der Augenbraue, letztere mit menschlichem Luesmaterial. Von den ersten sieben hatten drei sichere allgemeine Erscheinungen, vier keine nachweisbare Lues. Von jeder Kategorie reagierte ein Tier positiv (komplette bzw. partielle Hemmung mit halber Extraktmenge). Gunsett-Straßburg.

Der Einfluß von Salvarsan auf das Treponema pallidum, von A. Balfour-Khartoum. (Brit. med. Journ., 1911, 20. Mai.) Nach der subkutanen Injektion von 0,3

Digitized by Google

Salvarsan untersuchte Verf. Reizserum von der Mundschleimhaut des Pat. im hängenden Tropfen ohne weiteren Zusatz im Dunkelfeld. Obgleich erst vier Stunden nach der Injektion verflossen waren, fand B. eine ausgesprochene Änderung in bezug auf die Spirochäten; als wichtigstes aber konstatierte er, daß eines der Treponemata eine größere Anzahl Granula in schneller Folge von sich gab, in einer Weise, die lebhaft an das Verhalten von Spirochaeta granulosa penetrans erinnerte. Verf. glaubt, daß diese Körnchen wohl Dauersporen oder etwas Analoges darstellen, welche wohl zu lebensfähigen Parasiten auswachsen können. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die verschiedene Giftigkeit der Schimmelpilze je nach der Jahreszeit, von Carlo Ceni. (Rivist. pellagrol. ital., 1911, Nr. 2.) Die von Ravenna u. Pighini angestellten Versuche sind weder für noch gegen die Annahme einer verschiedenen Giftigkeit der Schimmelpilze in den einzelnen Jahreszeiten zu verwerten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Der angebliche Einfluß der Jahreszeiten auf die Giftigkeit der Kulturen von „Aspergillus fumigatus", von Pighini u. Ravenna. (Rivist. pellagrol. ital., 1911, Nr. 3.) Replik. Richard Frühwald-Leipzig.

Microsporon depauperatum, ein neuer Hautparasit, von Fernand Guéguen-Paris. (Arch. de Parasit., 1911, Bd. 14, Nr. 3.) Der Parasit wurde bei einer jungen Frau aus einer zirkulären, pruriginösen und squamösen Plaque ohne Vesikel, welche am Schenkel saß, gezüchtet. Die Frau wies sonst nirgends am Körper Hautveränderungen auf. Mikroskopisch fanden sich sterile Myzelfilamente von 2—3 μ Durchmesser, die dann und wann mit einschnürenden Scheidewänden versehen waren und ziemlich regelmäßig die Epidermiszellen einrahmten.

Auf Sabouraudschem Nährboden mit oder ohne Maltose entwickelte sich der Pilz ohne Relief, ganz flach und wenig pulverisierend, eher watteartig mit akladischen Verzweigungen (Luftchlamydosporen). Auf Bouillon wächst weißer Myzelfilz, auf Gelatine magerer, mehlartiger Thallus in der Mitte, filamentös an der Peripherie, der nach 14 Tagen verflüssigte, auf Gelose kompakter, membranöser, flacher Pilzdiskus, auf Kartoffel spärlicher Haarbelag mit einigen akladischen Bäumchen, auf Rübe beinahe kein Wachstum. Gunsett-Straßburg.

Untersuchungen über den Wert der Antiforminmethode für den Tuberkelbazillennachweis im Gewebe, von C. Hart und O. Lessing-Berlin. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 9.) Es hat sich gezeigt, daß im Gewebe liegende Tuberkelbazillen weder durch 20 Min. langes Gefrieren des Gewebsstückchens noch durch halbstündige Formolwirkung mit nachfolgendem Gefrieren ihre Lebensfähigkeit verlieren und durch das Tierexperiment nachweisbar sind. Sogar feine Schnitte dieser Gewebsstücke, mit Hämatoxylin gefärbt, auch mit Salzsäurealkohol differenziert und nach Betrachtung in Glyzerineinbettung mit 15%iger Antiforminlösung homogenisiert, ließen sich zum Tierexperiment verwerten. W. Lehmann-Stettin.

Die Vortrefflichkeit der Methode von Ellermann und Erlandsen zur Auffindung des Tuberkelbazillus im Urinsediment, von Silvio Martinelli. (La riforma med., 1911, Nr. 21.) Das zentrifugierte Sediment wird mit vier Volumteilen 0,25%iger Na_2CO_3-Lösung gemischt und für 24 Stunden in den Brutschrank gebracht. Dann wird nochmals zentrifugiert und das neue Sediment mit vier Volumteilen NaOH zu 0,25% versetzt und im Wasserbad zum Sieden erhitzt. Dann wird nochmals zentrifugiert und das so gewonnene Sediment auf Deckgläser gestrichen. Unter 50 verdächtigen Fällen fand der Autor mit dieser Methode neunzehnmal, also in 38%, Tuberkelbazillen.

Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Verschiedenes.

Geh. Méd.-Rat Prof. Dr. v. Wassermann in Berlin wurde zum ord. Honorarprofessor ernannt.

Prof. Dr. M. v. Zeissl in Wien erhielt den Titel Regierungsrat.

Polizeiarzt Dr. W. H. Dreuw in Berlin wurde von der Jackson County Medical Society of the State of Missouri zum korrespondierenden Mitgliede gewählt.

Dr. H. A. Robbins, Professor der Dermatologie und Syphilis an der Howard-University zu Washington ist gestorben.

Die K. K. österreichische Gesellschaft für Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit hat im serologischen Institute der Klinik des Prof. Riehl in Wien im Einvernehmen mit Dr. E. Freund eine zur Vornahme der Freund-Kaminerschen Reaktion dienende Untersuchungsstation eingerichtet.

Zu einer dermatologischen Demonstration hatte Prof. Klingmüller eine Anzahl nordwestdeutscher Dermatologen, welche sich zu einer zwanglosen Vereinigung zusammengetan haben, zum 10. Dezember in die Klinik für Hautkrankheiten nach Kiel eingeladen. 32 Herren aus Bremen, Hamburg, Kiel, Flensburg, Rostock, Schwerin und Wilhelmshaven waren erschienen.

Ritter: Kieferklemme nach sehr schwerer Hg-Stomatitis, im Röntgenbild Sklerosierung des Masseter.

Klingmüller: 3 Fälle von Xeroderma pigmentosum aus derselben Familie.

Brauer bespricht einen Fall von Hydroa vacciniforme mit Leber- und Milzschwellung, Hämatoporphyrinurie und Ikterus.

Brauer: Epidermolysis bullosa acquisita.

Bering: Fall von Atrophia cutis maculosa und Fall von Akrodermatitis diffusa atrophicans.

Rohrbach: 3 Fälle von typischer Sklerodermie: 2 Fälle von universeller Ausbreitung, 1 Fall von herdförmig gestalteter Kartenblattsklerodermie.

Rohrbach: Lupus erythematodes mit Knochenveränderungen.

Bering: Tuberkulide: Fall von Erythema induratum ähnlicher Form an den unteren Extremitäten, Fall von disseminierten papulo-nekrotischen Tuberkuliden, Fall von Tuberkuliden mit Boeckschem Sarkoid.

Ritter: Psorospermosis Darier (Heilung durch Röntgen).

Brauer: 2 Fälle von atypischer hereditärer Keratodermie (Kerat. hered. palm. et plant. dissecans).

Bering: Fall von Knotenbildung mit chronischem Erythem und Pigmentierungen im Gesicht (Diagnose?).

Klingmüller: 2 Fälle von Lichen ruber verrucosus plant. et palm. mit akuminatus gemischt und 1 Fall von ausgebreiteter Pityriasis rubra pilaris.

Meyer bespricht die von ihm angegebene Methode der Oberflächenröntgenbestrahlung.

Ritter bespricht die in dem Institut ausgebaute Methodik der Tiefenbestrahlung.

An die Demonstrationen schlossen sich sehr anregende Diskussionen.

E. Delbanco-Hamburg.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

13. Januar 1912 | Nr. 2 | Band 54

Aus Prof. Dr. Unnas Dermatologikum, Hamburg.

Ein Fall von primärer Hautaktinomykose.

Von

Dr. Louis Merian,

Assistenten der Klinik und Poliklinik.

(Mit 2 Abbildungen.)

Die Aktinomykose der Haut entwickelt sich meist sekundär ausgehend von tiefer gelegenen Organen, Knochen, Lunge oder Darm, besonders häufig ist die Aktinomykose der Hals- und der Unterkiefergegend. Israel teilt dieselbe, je nachdem der Erreger durch die Mundhöhle, durch die Luftwege oder durch den Darm seine Eingangspforte in den menschlichen Körper gefunden hat, in eine Aktinomykose der Mundhöhle, der Luftwege, des Darmkanals oder eine mit nicht nachweisbarer Eingangspforte.

Majocchi (Rivista clin. di Bologna. 1882) war der erste, welcher einen Fall von primärer Hautaktinomykose bei einer jungen Frau veröffentlichte. Sein zweiter Fall betrifft ein 7jähriges Kind, welches an einem Geschwür des Halses litt. Im Sekret desselben gelang es Majocchi, Aktinomycespilze nachzuweisen. Auf dem Kongreß für ital. Ärzte in Pavia 1887 hebt Majocchi in seinem Vortrag „Über Aktinomykose der Haut bei Menschen und bei einigen Tieren" (Dermoaktinomykose) hervor, daß die Eintrittspforte des Pilzes eine verschiedene sei, und daß das direkte Eindringen durch die Haut besonders dann begünstigt werde, wenn eine Kontinuitätstrennung in derselben besteht. Ullmann stellt in seiner Arbeit „Über Aktinomykose" (Wien. med. Presse. 1888. Nr. 49, 50 und 51) drei Eingangspforten für die Aktinomykose auf: 1. den Digestionstraktus, 2. den Respirationstraktus, 3. die allgemeine Hautdecke. Im Jahre 1889 hat Leser zwei Fälle von primärer Hautaktinomykose mitgeteilt („Über eine seltene Form von Aktinomykose beim Menschen". Archiv für klinische Chirurgie, 1889, Bd. 39). Man sah sich deshalb veranlaßt, den vier von Israel aufgestellten Infektionswegen noch einen fünften anzugliedern, den Infektionsweg durch die Haut, und bezeichnete die auf diesem Wege entstandene Aktinomykose als „Hautaktinomykose". Handelt es sich um ein Übergreifen von unter der Haut gelegenen aktinomy-

Digitized by Google

kotischen Herden auf die Haut, so spricht man nach dem Vorschlag von Ewald („Die Aktinomykose der Haut". Mracek, Handbuch der Hautkrankheiten Wien, 1901) von einer sekundären Aktinomykose der Haut im Gegensatz zur primären Aktinomykose.

Außer den obigen Fällen von primärer Aktinomykose der Haut finden sich in der Literatur nur noch ganz vereinzelte. Schirmers Fall betrifft einen Mann, welcher sich eine Schnittwunde am Kinn zugezogen, dieselbe aber nicht weiter beachtet hatte. Nach einiger Zeit verdickten sich die Wundränder, es kam zur Bildung einer Fistel. Im Sekret zweier sich bildender Abszesse wurden Aktinomycespilze nachgewiesen (Schirmer, „Über einen Fall von Aktinomykosis hominis". Med. Journ. Chicago, 1886). Daß ein Trauma, das Eindringen eines Holzsplitters, als Ursache einer Aktinomykose anzusehen ist, geht aus einem von Müller beobachteten Falle hervor (J. Müller, „Über die Infektion mit Aktinomykose durch einen Holzsplitter". Bruns' Beiträge zur Chir., 1889). Eine Frau hatte sich vor zwei Jahren einen Holzsplitter in den Mittelfinger der rechten Hand gestoßen und wollte denselben auch gleich wieder entfernt haben. Die Wunde heilte rasch zu, es bildete sich dann im Laufe einiger Wochen an der Stelle des ehemaligen Traumas ein kleines Knötchen, das langsam wuchs und sich dann entzündete. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose. Ein ganz ähnlicher Fall wurde von Guillemot berichtet („Actinomycose cutanée de la joue gauche". Lyon méd., 26. Jan. 1896). Ein Mann verletzte sich mit einem Holzsplitter an der Wange. Nach zwei Monaten trat an Stelle der früheren Verletzung eine Entzündung der Haut auf. Der von dieser Stelle entnommene Eiter enthielt Aktinomycespilze.

Meistens aber ist die Ätiologie der primären Hautaktinomykose dunkel. Man erinnert sich vielleicht nicht mehr an das unbedeutende Trauma oder man hat die geringfügige Verletzung übersehen. Der Arzt, welcher diese Fälle zuerst sieht, hat in seiner Praxis wegen der sehr großen Seltenheit dieser Affektion nie Gelegenheit gehabt, einen solchen Fall zu beobachten und vermag durch sein therapeutisches Vorgehen die Wunde vorläufig zu schließen, aus deren Narbe sich dann im Laufe einiger Monate der durch den Pilz verursachte Tumor zu entwickeln beginnt. Wenn auch im ganzen genommen etwa 25 Fälle von einwandsfreier primärer Hautaktinomykose, mit teils erkannter teils unerkannter Ätiologie veröffentlicht wurden, so muß doch zugegeben werden, daß die primäre Hautaktinomykose im Gegensatz zur Aktinomykose des übrigen Körpers eine verhältnismäßig selten beobachtete Krankheit darstellt.

Was meinen eigenen Fall betrifft, so handelt es sich um ein 19jähriges, schwächliches Mädchen, vgl. Fig. 1, welches ich in der Poli-

Digitized by Google

klinik von Herrn Prof. UNNA zu beobachten Gelegenheit hatte. In der linken Nasolabialfalte etwas über dem linken Mundwinkel befindet sich eine kleine, erbsengroße Geschwulst, welche von einem rötlich-blauen Saume umgeben ist. Die Grundfläche des Tumors ist etwa 5mm, die Höhe etwa 8mm groß, die Gestalt desselben erinnert an diejenige einer abgestumpften Pyramide. Dieser kleine Tumor hat sich nach Angaben der Patientin

Fig. 1.

innerhalb 3 Wochen aus einem juckenden, hanfkorngroßen roten Fleck entwickelt. Die Oberfläche der Geschwulst ist höckrig, auf der Spitze derselben ist die Haut kraterförmig eingezogen. Beim Betasten fühlt sich der Tumor weich an, es bestehen keine Schmerzen, und aus der kraterförmigen Einziehung an der Spitze entleert sich ein Tropfen gelblich-roten Eiters.

Mit Einwilligung der Patientin wurde unter Chloräthyl-Anästhesie mit einem Flachschnitt der ganze Tumor abgetragen, in Alkohol gehärtet

Digitized by Google

und in Celloidin eingebettet. Die Wunde heilte unter Salizylkannabispflaster rasch zu. Ich sah Pat. 5 Wochen nach der Ablatio wieder. Die Stelle, auf welcher der Tumor gesessen hatte, ist kaum mehr als solche zu erkennen, eine kaum von der normalen Umgebung zu unterscheidende Narbe befindet sich an derselben. Eine eingehende Untersuchung des ganzen Körpers auf eine okkulte Aktinomykose ergab ein negatives Resultat. Pat. hustet nicht, hat keinen Auswurf und befindet sich wohl. Pat. kann leider keine Angaben darüber machen, auf welchem Wege die Infektion mit Aktinomykose zustande gekommen ist; sie lebt bei ihren

Fig. 2.

Eltern in der Stadt, kommt niemals mit Getreide in Berührung und kann sich auch nicht erinnern, irgend ein Trauma an dieser Stelle erlitten zu haben. Die Mutter der Pat. gibt an, daß Pat. an epileptischen Anfällen und Krämpfen leide, hier und da das Bewußtsein verliere und im Anfall oft von ihren Eltern auf dem Boden liegend angetroffen werde. Es liegt unter diesen Umständen allerdings die Möglichkeit einer Infektion, vielleicht analog den oben erwähnten Fällen, durch einen eingedrungenen Holzsplitter nahe; ein solcher Infektionsmodus läßt sich in diesem Falle wohl annehmen, aber nicht beweisen. Ich dachte bei der makroskopischen Betrachtung nicht an eine Pilzaffektion, sondern an eine Neubildung

Digitized by Google

und war deshalb um so mehr erstaunt, bei einem mit polychromer Methylenblaulösung gefärbten Schnitte folgende Verhältnisse anzutreffen:

Das Deckepithel ist an einzelnen Stellen abgeflacht, vgl. Fig. 2, an anderen gewuchert. Die Papillen sind ebenfalls abgeflacht, verbreitert und ragen nicht zapfenförmig in die Tiefe, ein Zustand, der sich durch den Druck, welchen das ödematöse Gewebe in der Tiefe auf die Papillen ausübt, erklären läßt. Die Zahl der Gefäße ist vermehrt, das Gefäßlumen ist mit roten Blutkörperchen gefüllt, die Gefäßwände weisen keine entzündlichen Veränderungen auf. Zwischen den Blutgefäßen sieht man die durch ihre pflastersteinförmige Gestalt leicht erkennbaren Plasmazellen, welche nicht in einem dichten Verband miteinander stehen, sondern Gewebslücken aufweisen, langgestreckte Spindelzellen und einzeln liegende freigewordene Kerne, die besonders in den äußeren Partien der Degenerationszone anzutreffen sind, und die bei guter Färbung leicht von Leukozyten zu unterscheiden sind. In dieses aufgelockerte ödematöse, aus Plasmazellen, Spindelzellen und aus den oben beschriebenen freigewordenen Kernen bestehende Granulationsgewebe sind die Pilzdrusen eingelagert und vom Granulationsgewebe durch einen breiten Wall von Leukozyten getrennt. Diese Leukozyten, welche einen mikroskopischen Eitertropfen ausmachen und die Pilzdrusen in sich einbetten, stammen von einzelnen erweiterten Kapillaren der Degenerationszone.

Durch das Auffinden der Pilzdrusen und durch die soeben beschriebenen histologischen Veränderungen war mit einem Schlag die Diagnose klargestellt und der Weg des therapeutischen Vorgehens gewiesen.

Der soeben beschriebene Fall ist, abgesehen von seiner Seltenheit, auch besonders dadurch von Interesse, weil er uns in eklatanter Weise vor Augen führt, wie notwendig es ist, das Mikroskop bei allen unklaren Fällen zu Rate zu ziehen.

Digitized by Google

Histologische Untersuchungen bei drei Fällen von Sporotrichose[1]).

Von

Dr. Menahem Hodara, Vorstand der dermatologischen Abteilung und Dr. Fuad Bey, Bakteriologe am Marinehospital.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Richard Frühwald, Leipzig.)

(Mit 2 Abbildungen.)

M. H.! Wir konnten Ihnen vor einigen Monaten 3 Fälle von Sporotrichose (Beurmann) vorstellen, bei denen wir 2 Knötchen zwecks histologischer Untersuchung exzidiert haben. Bevor wir jedoch die histologischen Befunde bringen, möchten wir einige kurze klinische Details nochmals hervorheben. Die 3 Patienten gehören zur selben Familie, es sind 2 Schwestern und ein Bruder (s. Photographie); ein kleines Mädchen, Ismed, 7 Jahre alt, leidet seit 3 Monaten im Gesichte an linsengroßen kutanen Sporotrichoseknötchen von violetter Farbe, die wie kleine Hautsarkome aussehen und stellenweise mit Krusten bedeckt sind; die ältere Schwester, Hanüdée, 16 Jahre alt, hat seit 8 Monaten am Nasenflügel ein etwa kastaniengroßes Sporotrichom mit Exkreszenzen auf der Oberfläche, die es einem Lupus verrucosus ähnlich machen, und außerdem 10—12 kleine kutane Knötchen, analog denen der jüngeren Schwester, von denen 2 auf den Lippen, 3 auf dem rechten, 2 auf dem linken Handrücken, 2 auf dem rechten und eins auf dem linken Ellbogen sitzt. Endlich der Bruder Kiémal, der seit 3 Monaten einen einzelnen Knoten am Handgelenk aufweist.

Von allen 3 Fällen haben wir leicht aus den Knötchen blutiges Serum entnehmen können, das wir auf verschiedene Nährböden, besonders aber auf den von Sabouraud übertrugen. Wir erhielten gleich Reinkulturen von Sporotrichon Beurmanni. Sie sind sehr charakteristisch, beginnen nach 8 Tagen als 1—2 mm große graue Flecken, die sich in der Folge nach 12 Tagen erheben, bräunlich, im Zentrum schwarz werden, und von einem weißlichen, strahligen Hofe umgeben sind. Man sieht in Reinkulturen schon nach 3 Tagen die Bildung des gefächerten Myzeliums

[1]) Nach einer Demonstration in der kaiserlichen medizinischen Gesellschaft in Konstantinopel.

Digitized by Google

und die ovalen Sporen von Sporotrichom Beurmanni. Unsere 3 Fälle hatten die besondere und seltene Eigentümlichkeit, daß bei allen die Krankheit unter der Form der rein kutanen Knötchen auftrat. Sonst sieht man sehr häufig andere Formen der Sporotrichose, wie subkutane Gummen, Geschwüre, Knochen- und Knochenhautentzündung, Muskelknoten, pemphigoide Blasen, oder schließlich eine septikämische Form mit Allgemeinerscheinungen, Fieber usw.

Histologischer Befund.

Zwei kleine Hautknötchen wurden zwecks histologischer Untersuchung exzidiert, und zwar das eine am Handgelenk des 14 jährigen Knaben und das andere, von Linsengröße, am Arme der älteren Schwester, ähnlich einem groß-papulösen Syphilide, aber an der Oberfläche wie ein entstehendes Hautsarkom. Die histologischen Veränderungen waren in beiden Knoten identisch.

In der Epidermis sieht man an der Peripherie des Tumors die Hornschicht hyperkeratotisch, die Körnerschicht verdickt, das Stratum spinosum vergrößert, proliferiert und dessen Zellagen vermehrt. Die Zellen haben stark vergrößerten Leib und Kern, es besteht leichtes inter- und intrazelluläres Ödem, die Epithelzapfen sind verdickt, gegen die Kutis zu verlängert. Gegen das Zentrum zu wird das inter- und intrazelluläre Ödem stärker, das Keratohyalin ist beinahe oder völlig geschwunden; auf der Oberfläche besteht Parakeratose, und das Ödem wird immer stärker. Stellenweise sind die Stachelzellen homogen, mit verschwommener Kontur, die Kerne atrophisch und schlecht gefärbt. Im Zentrum ist die Basis der Epidermis durch den Druck der zelligen Infiltration im Papillarkörper abgeflacht und die Epidermis selbst stellenweise auf einige wenige homogene Zellreihen reduziert, die sich in eine schuppige Lage verwandelt haben, in der sich zahlreiche polynukleäre Leukozyten in Abszeßchen anhäufen und so die parakeratotische Schuppe in eine Kruste verwandeln. An der Peripherie findet man nur sehr wenige in die Stachelzellenschicht ausgewanderte Leukozyten; aber gegen die Mitte zu werden diese immer zahlreicher. Sie drängen die basalen Zellschichten auseinander und häufen sich in der Schuppe auf.

In der Kutis sieht man an der Peripherie des Tumors die Gefäße und Kapillaren durch Proliferation der perithelialen Zellen verdickt, die Bindegewebszellen hyperplastisch und hypertrophisch, Kern und Protoplasma vergrößert. Blutgefäße und Lymphgefäße sowie deren Kapillaren an der Peripherie sind dilatiert, das Bindegewebe durch Ödem geschwollen und verdickt. Näher dem Zentrum sieht man mehr oder weniger große Haufen von Plasmazellen um die Gefäße herum und zwischen den Gefäßen, ferner

Digitized by Google

epitheloide Zellen und Riesenzellen, disseminiert oder in Gruppen von 3—5, wie in einem Tuberkel, dann Lymphozyten und Mononukleäre. Im

Fig. 1.

Fig. 2.

Digitized by Google

Zentrum sind die Gefäße stark erweitert, strotzend mit Blut gefüllt und zeigen zahlreiche in Auswanderung begriffene polynukleäre Leukozyten. Diese sind in größter Zahl in den oberen Partien der Kutis gelagert, im Papillarkörper und in der Epidermis, in der erwähnten, zur Kruste gewordenen Schuppe.

Wir sehen also die histologischen Veränderungen, wie sie bei Sporotrichose von den französischen Autoren beschrieben worden sind (v. BEURMANN, GOUGEROT usw). An der Peripherie sind die Bindegewebselemente alteriert, gegen die Mitte zu hat man ein Bild, das der Tuberkulose ähnelt, epitheloide Zellen, Riesenzellen und Herde von Plasmazellen, und im Zentrum sieht man Eiterzellen in größter Zahl. Für die Diagnose der Sporotrichose ist aber vor allem die Kultur von entscheidender Bedeutung. Es genügt, wenn man den Knoten punktiert und etwas Eiter oder Serum auf den Nährboden von SABOURAUD ausstreicht, worauf man in 8 Tagen die Kultur des Sporotrichon BEURMANNI erhält. An der Peripherie des Tumors ist das Bindegewebe erhalten, geschwollen und verdickt, im Zentrum ist es vollständig verschwunden und durch die zellige Infiltration ersetzt. Unsere Fälle von Sporotrichose in Form rein kutaner Knötchen sind gekennzeichnet durch die zentrale Polynukleose, die minder ausgeprägt ist wie bei den suppurativen und ulzerösen Formen, wo die zentrale Leukozytenansammlung sehr beträchtlich ist.

Mit den Kulturen, die wir von diesen Fällen erhielten, haben wir eine Ratte geimpft, da dieses Tier sich am empfindlichsten erweist, u. zw. zuerst intradermal und 3 Tage später intraperitonal. 4 Tage nach der letzteren Impfung ging das Tier an einer Sporotrichoseseptikämie ein. Wir haben das Tier seziert und die mikroskopische Untersuchung des Blutes, der Peritonealflüssigkeit, der Leber, Pleura usw. zeigte Sporen in geringer Zahl; auch hier mußte das Kulturverfahren die Diagnose sichern. Eine aus dem Blute auf SABOURAUDS Nährboden angelegte Kultur zeigt am 8. Tage den Beginn des Wachstums. Dank der Methode von GOUGEROT kann man unter dem Mikroskop durch das Röhrchen die Entwicklung der Kultur, die Sporen und Myzelfäden sehen.

Zu gleicher Zeit wie der Ratte haben wir einem Kaninchen Sporotrichonkulturen intraperitoneal injiziert. Erst nach 4 Wochen zeigte es eine generalisierte Hautsporotrichose in Form erweichender Gummen und einiger Geschwüre. Man sieht auf den Vorderpfoten 3 Knoten von der Größe einer Nuß oder kleinen Kastanie, zum Teil erweicht, zum Teil ulzeriert; aus dem Eiter dieser Knoten wurden auf dem erwähnten Nährboden Reinkulturen von Sporotrichon gezüchtet.

Bezüglich der Therapie hatten wir angegeben, daß die Kranken

Digitized by Google

durch 3—4 Monate Jod ohne Effekt genommen hatten. Als wir aber bei den Eltern näher nachforschten, gestanden die Kinder, daß sie das Jod wegen des unangenehmen Geschmackes nur in geringen Mengen und sehr unregelmäßig genommen hätten. Wir baten daher die Eltern, den Kindern das Medikament selbst durch 4 Wochen zu verabreichen, damit sie es regelmäßig bekommen. Der Erfolg ist, daß bei dem kleinen Mädchen einige Knötchen an der Wange fast völlig mit Hinterlassung von Flecken und Narben verheilt sind und nur noch 2—3 kleine Knötchen auf der Nase zurückgeblieben sind, die aber auch schon flacher und in Heilung begriffen sind. Bei dem älteren Mädchen sind die Knoten auch schon abgeflacht und bedeutend gebessert, und es ist zu hoffen, daß unter regelmäßigem Jodgebrauch auch die anderen Knötchen, wie bei der Kleinen, vollständig verschwinden.

Zur Chemie der Haut.

IX.

Die Verteilung des Sauerstoffs und der Sauerstofffermente in der Haut.

Von

P. G. Unna und L. Golodetz.

(Schluß.)

Die Herstellung von Dauerpräparaten der Peroxydaseorte erwies sich als undurchführbar, da die Blaufärbung der peroxydasehaltigen Gewebe nur kurze Zeit anhält. Es kann dies nicht wundernehmen, da auch die blaue Reaktion mit Benzidin + H_2O_2 im Reagierglase höchstens $^1/_2$ Stunde andauert. Sowohl hier wie in den Präparaten macht die Blaufärbung einer Gelb- oder Braunfärbung Platz, welche eine höhere Oxydationsstufe des Benzidins anzeigt. Als beste Methode, um die Blaufärbung einige Zeit zu erhalten, hat sich folgendes Verfahren herausgestellt.

Die Schnitte kommen, nachdem sie einige Minuten in der Mischung verweilt, ohne Abspülung in Wasser direkt in absoluten, durch einen Tropfen Eisessig angesäuerten Alkohol, wo sie rasch entwässert und darauf durch Xylol in Balsam gebracht werden. Auf diese Weise gelingt es, die Blaufärbung einige Stunden zu konservieren.

Diese an frischem Material gewonnenen Ergebnisse wurden nun an fixiertem nachgeprüft. Die Fixierung und Härtung der kleinen Gewebs-

Digitized by Google

stücke geschah möglichst rasch auf einem mit Alkohol absolutus getränkten Wattebausch; darauf Einbettung in Zelloidin. Die Schnitte fielen natürlich feiner und regelmäßiger aus, und da jeder Kontakt mit dem peroxydaselösenden Wasser vermieden war (die Schnitte kamen unmittelbar aus Alkohol in die Benzidinmischung), ergaben sich gleichmäßigere Färbungen als beim frischen Material, wo die Schnitte Zeit hatten, an den Gewebssaft Peroxydase abzugeben. Auch hier zeigte sich eine äußerst regelmäßige, schöne blaue Kernfärbung, sodann eine Färbung der Mastzellen (blauschwarz) und des Knorpels (violett). Die Begrenzung der Färbung auf die Kerne und das Freibleiben des Protoplasmas war bei dieser Peroxydasefärbung viel auffallender und gleichmäßiger, als bei der Rongalitweißfärbung auf freien Sauerstoff. So gab es z. B. in der Niere keine Unterschiede zwischen der Färbung der geraden und gewundenen Harnkanälchen, während die Sauerstofforte in ersteren bedeutend vorwiegen im Vergleich mit letzteren[1]). Wenn also die Entstehung des freien Sauerstoffs an den Sauerstofforten zusammenhängt mit dem Peroxydasegehalt derselben Orte, wie es doch wahrscheinlich der Fall ist, so beschränkt sich das Gebiet der Peroxydase nur auf wenige Gewebselemente, während der aktivierte und daselbst abgespaltene Sauerstoff über dieses Ursprungsgebiet hinaus vielfach auf Nachbargebiete (Protoplasma, Sekrete) übergreift.

Der leicht zu erhebende Befund von Peroxydaseorten im tierischen Gewebe auf der einen und der gänzliche Mangel von Oxydaseorten auf der anderen Seite erfordert logischerweise das Vorhandensein von Wasserstoffsuperoxyd oder von andern Peroxyden in denselben Geweben, womöglich am selben Orte. Denn nach der zurzeit herrschenden (Bach-Englerschen) Theorie der Oxydationsfermente kann eine Peroxydase nur auf schon vorhandene Peroxyde derart wirken, daß sie ihren Sauerstoff in aktiver Form (—O—O—) zu Oxydationszwecken abgeben. Da nun aller Sauerstoff als inaktiver Luftsauerstoff dem Organismus vermittels des Blutes zugeführt wird, so wird man zunächst das für die Peroxydase der Gewebe nötige Peroxyd im Blute und in dem Filtrat desselben, dem Plasma und der Gewebslymphe vermuten. Bisher ist aber niemals H_2O_2 in diesen Flüssigkeiten nachgewiesen worden (vgl. Oppenheimer, Die Fermente, 1909, 3. Auflage, spez. Teil, S. 407). Bei dem sehr hohen Gehalt des Blutes und speziell der roten Blutkörperchen an Katalase ist es auch kaum anzunehmen, daß ein Peroxyd im Blute je nachgewiesen werden wird, da es unfehlbar durch die Katalase in H_2O und $O = O$ zersetzt werden muß. Eher schon schien eine Möglichkeit vorhanden, es

[1]) S. Waldeyer-Festschrift.

Digitized by Google

im Plasma, dem Filtrat der Lymphwege, anzutreffen, welches die Bestandteile des Blutes nach Absiebung der roten Blutkörperchen enthält[1]). Wir führten einen solchen Versuch in folgender Weise aus.

Bekanntlich senken sich im Pferdeblut die Erythrozyten so rasch, daß man unmittelbar nachdem es aus der Ader gelassen und in hohe Standgläser gefüllt ist, an der Oberfläche vollkommen erythrozytenfreies Plasma gewinnen kann[2]). Auf dieses hat natürlich eben noch die Katalase der roten Blutkörperchen gewirkt und das darin eventuell enthaltene Peroxyd zersetzt. Aber wir können nicht wissen, ob Peroxyd nicht im Überschuß vorhanden war und nach Entfernung der Erythrozyten in irgend einem Zeitmomente nachweisbar wird. Wir gingen so vor, daß fünf Minuten nach der Entnahme mittels Pipette, und weiterhin alle fünf Minuten, etwas klares Plasma von der Oberfläche entnommen und ein wenig angesäuert wurde[3]). Dieses Quantum wurde jedesmal in drei Reagiergläser verteilt und in diesen mittels Benzidin auf Oxydase, mittels Benzidin + Meerrettichextrakt auf Peroxyde und mittels Benzidin + H_2O_2 auf Peroxydase untersucht. Sechs solcher Versuchsreihen verliefen alle in gleicher Weise. In keinem Versuche trafen wir ein Peroxyd und ebenso wenig Oxydase. Dagegen ergab der Zusatz von Benzidin + H_2O_2 in jedem Falle ein Aufschäumen durch Entwicklung von Sauerstoff und eine starke Bläuung der Flüssigkeit. Das Blutplasma ließ also in frischem Zustande nur Peroxydase und zwar reichlich erkennen, dagegen keinen aktiven Sauerstoff.

Nach zweitägigem Stehen erfolgte eine reinliche Trennung der Blutsäule in die bekannten drei Schichten: unten Fibrin, durch Erythrozyten rot geronnen, in der Mitte ein schmaler, heller Zylinder von Fibrin mit wenigen eingesprengten Gruppen z. T. zerfallener roter Blutkörperchen, zur Seite davon und oben klares, hellgelbes Serum. Die makroskopische Untersuchung der drei Schichten mit den genannten Reagenzien ergab nach Ansäuerung in allen: kein Peroxyd und keine Oxydase, dagegen Katalase und Peroxydase. Am meisten Katalase und Peroxydase zeigte das bluthaltige Fibrin, weniger enthielt von beiden das hellgeronnene Fibrin und am wenigsten das Serum.

Der helle Fibrinzylinder wurde sodann noch mit CO_2-Schnee vereist und geschnitten; die Schnitte mußten direkt in absolutem Alkohol aufgefangen werden, um auf dem Objektträger eine weitere Behandlung zuzulassen. Die Prüfung auf Peroxydase ergab außer Gasentwicklung eine lediglich auf die eingeschlossenen Leukozyten beschränkte Blaufärbung, die sich mit der an denselben Schnitten mit Rongalitweiß vorgenommenen Reaktion auf freien Sauerstoff vollständig deckte. In Reduktionsbildern mit $KMnO_4$ und der Eisen-Zyan-Mischung waren die Orte der Leukozyten von der Färbung ausgespart, während der Fibrinfilz z. T. stark gefärbt eine sehr konstante, eigenartige mosaikförmige Struktur aufwies.

Im Pferdeserum stellen also die Leukozyten den einzigen Bestandteil dar, der nebeneinander Peroxydase und freien Sauerstoff aufweist

---

[1]) Im Serum, welches durch eine feste Schicht von Körperzellen filtriert ist, wie beispielsweise im Serum von Hautblasen, findet sich weder Peroxyd noch Oxydase noch Peroxydase, sondern nur noch Katalase. So fanden wir es wenigstens regelmäßig bei Untersuchung von Blasen, die an der menschlichen Haut mit CO_2-Schnee erzeugt waren.

[2]) Wir danken Herrn Dr. Enoch-Hamburg für seine uns freundlichst gegebene Erlaubnis, diese Versuche in seinem Serumlaboratorium auszuführen.

[3]) Die Ansäuerung mittels Essigsäure ist notwendig wegen der alkalischen Reaktion, die die Bildung von Benzidinblau nicht zuläßt.

Digitized by Google

und daher möglicherweise peroxydhaltig ist. Aber dieses hypothetische Peroxyd der Leukozyten würde durch die Katalase des Serums sofort zerstört werden, sobald es an dieses abgegeben würde. Es kann mithin den Gewebszellen direkt auch nicht zugute kommen. Wir sehen mithin, daß das Transportmittel des Sauerstoffs zu den Geweben keinen aktiven Sauerstoff enthält und daß die Gewebslymphe, welche die Zellen umspült, nur molekularen Sauerstoff an diese heranbringt. Somit haben wir die der Peroxydase zur Verfügung stehenden Peroxyde schließlich in den Zellen selbst zu suchen und genauer in den Kernen, an den Hauptfundorten der Peroxydase.

Als ein für diesen Zweck sehr geeignetes Material erschien uns das Vogelblut (von Enten und Gänsen), da in den Kernen der Vogelblutkörper sehr viel Peroxydase vorhanden ist und mithin entsprechend viel Peroxyd zu vermuten war. Da Peroxyd sowohl durch Katalase wie durch Peroxydase zersetzt wird, so mußte, wenn ersteres überhaupt nachgewiesen werden sollte, zuerst alle Katalase uud Peroxydase aus dem betreffenden Material entfernt werden; dann erst konnte aus der hypothetisch darin noch vorhandenen Oxygenase sich eventuell neues Peroxyd entwickeln und nachweisbar werden. Bekanntlich wird sowohl Katalase als auch Peroxydase, wenn man H_2O_2 auf dieselben einwirken läßt, zugleich mit diesem zerstört. Wir ließen daher auf Gerinnsel von Vogelblut H_2O_2 in Überschuß 24 Stunden wirken und überzeugten uns durch Zugabe von neuem H_2O_2, daß keine Spur beider Fermente mehr vorhanden war. Die weiß gewordenen Gerinnsel zerfielen zum Teil in einen Zellenbrei, der auf der Zentrifuge leicht von überschüssigem H_2O_2 befreit werden konnte. Das Sediment wurde sodann auf viele Objektträger verteilt und angetrocknet. Mikroskopisch erwiesen sich die Kerne als gut erhalten und vollkommen frei von Katalase und Peroxydase. Hier hatten wir also ein Material, in welchem die von uns hypothetisch angenommene Oxygenase sich in ein Peroxyd durch Luftsauerstoff verwandeln konnte, ohne der Gefahr ausgesetzt zu sein, durch die beiden genannten Fermente zersetzt zu werden. Wenn eine solche Umwandlung in ein Peroxyd wirklich stattfand, so mußte dieses Produkt mit der Mischung von Benzidin und Meerrettichextrakt eine Blaufärbung ergeben. Leider verliefen diese Versuche, obwohl wir viele Tage die Präparate sowohl bei trockner wie bei feuchter Luft aufbewahrten, vollkommen negativ. Es gelang uns nicht, in den Kernen auf diese Weise, wie wir gehofft hatten, ein Peroxyd entstehen zu sehen.

Es kam nun alles darauf an, zu untersuchen, ob die von Peroxyd freien Kerne überhaupt noch Sauerstofforte darstellten. In der Tat ergab die mit allen Kautelen angestellte Färbung mit Rongalitweiß eine

Digitized by Google

wenn auch schwache, so doch deutlich auf die Kerne beschränkte Blaufärbung. Dieselbe freien Sauerstoff anzeigende Blaufärbung trat auch noch an solchen Präparaten auf, welche kurze oder längere Zeit vorher auf 100° erhitzt waren.

Es mußte nun weiter untersucht werden, ob die so in den Kernen festgestellten Sauerstofforte selbst Quellen der Sauerstoffabgabe oder nur die Überträger und Aktivatoren des Luftsauerstoffes seien. Die Unterscheidung dieser beiden Möglichkeiten war dadurch leicht herbeizuführen, daß man von dem mit Rongalitweiß behandelten Präparate den Luftsauerstoff einige Zeit abschloß. Es wurden zu diesem Zwecke mehrmals zwei mit Rongalitweiß behandelte Kernpräparate miteinander verglichen, von denen das eine nach dem Abspülen mit gewöhnlichem lufthaltigen Wasser, das andere mit einem Tropfen 5 %iger wäßriger Pyrogallollösung bedeckt war. Nach 10 Minuten untersucht, zeigte das erste Präparat die blaue Kernfärbung, das zweite nicht. Nachdem dieses jedoch abgespült und mit gewöhnlichem Wasser bedeckt oder der Luft exponiert war, stellte sich auch hier wieder allmählich das blaue Kernbild ein. Durch diese Versuche ist sichergestellt, daß die Kerne die Bläuung von Rongalitweiß durch Aktivierung des Luftsauerstoffs bewirken.

Fassen wir das Ergebnis aller mitgeteilten Versuche zusammen, besonders die Hitzebeständigkeit der Sauerstofforte und die Abhängigkeit der Rongalitweiß-Reaktion vom Zutritt des Luftsauerstoffs, so erscheint der Schluß unabweisbar, daß man in der Tat in den Kernen neben Peroxydase ein Oxydationsferment, aber keine echte Oxydase, sondern einen sogenannten mineralischen Katalysator anzunehmen hat.

Der bisherige Gang der Untersuchung zeigt mit Evidenz, daß wir die Tatsachen, welche über die Sauerstoffreaktionen in der Haut bis heute vorliegen, nicht restlos durch eine der Theorien erklären können, welche von den Forschern über Oxydationsfermente in der letzten Zeit als die besten hingestellt wurden. Nichtsdestoweniger kann wohl darüber kein Zweifel bestehen, daß bei der Sauerstoffversorgung der Haut wirklich Oxydationsfermente wesentlich in Betracht kommen; der reiche Peroxydasegehalt der Mastzellen und auch das Verhalten der Kerne den Oxydationsreagenzien gegenüber können wohl gar nicht anders gedeutet werden. Bei dieser Sachlage erscheint es angemessen, die Bruchstücke für eine künftige befriedigende Theorie, welche wir heute schon besitzen, so scharf zu definieren und so unpräjudizierlich zu benennen wie möglich, damit sie zukünftiger Forschung nicht im Wege stehen.

In dieser Beziehung haben wir in erster Linie schärfer als bisher zwischen Sauerstofforten und den Orten der Sauerstoffermente zu unterscheiden. Beide brauchen sich garnicht zu decken. Finden wir beispielsweise, daß irgend welches Protoplasma durch Farbenumschlag freien Sauerstoff zu erkennen gibt, so kann es natürlich ein spezifisches Sauerstofferment (z. B. in Form von Granula) enthalten; es kann aber auch bloß seinen Sauerstoff durch Diffusion von einem benachbarten Sauerstoffort (z. B.

Digitized by Google

vom Kern) bezogen haben und außerstande sein, denselben zu eigener Oxydation zu verbrauchen. Wir schlagen daher vor, wie es von uns auf Grund der Rongalitweiß-Reaktion geschehen ist, alle diejenigen Bestandteile des Gewebes kurzweg Sauerstoffforte zu benennen, welche durch den eine Oxydation anzeigenden Farbenumschlag eines Sauerstoffreagens anatomisch gekennzeichnet sind, ohne daß gleichzeitig die Anwesenheit von H_2O_2 bei der Reaktion nötig ist. Andernfalls haben wir es mit einer Peroxydase in dem betreffenden Gewebselement zu tun und dieses letztere hat als einer der vielen Peroxydaseorte zu gelten. Zu diesen gehören beispielsweise die von uns im Gewebe mittels Benzidin und H_2O_2 nachgewiesenen Peroxydaseorte der Kerne und Mastzellen; sodann die Peroxydase des Blutes, welche Kastle mittels Phenolphthalin, Alkali und H_2O_2 nachwies und die Peroxydase der Leukozyten, die Norman Roberts und Kastle mit einer Mischung von Paraphenylendiamin, Kresol und H_2O_2 auffanden.

Tritt ein solcher Farbenumschlag ohne Zusatz von H_2O_2 ein, so ist es am wenigsten präjudizierlich, in allen Fällen vorderhand blos von einem Sauerstoffort zu reden, so bei positivem Ausfall der Naphtholblau-Reaktion von Roehmann und Spitzer (α-Naphthol + Paraphenylendiamin + Soda), der von Wurster (Di- und Tetramethylparaphenylendiamin) und vieler ähnlicher Kombinationen mit Paraphenylendiamin, genau so wie bei der Oxydation von Rongalitweiß. Kann man dann weiter im Einzelfalle den Nachweis führen, daß die bekannte Reihe von Protoplasmagiften und eine Erhitzung auf mehr als 60° die Sauerstofforte vernichtet, so ist der Verdacht auf die Existenz eines echten Sauerstoffermentes begründet. Es kann sich dann um drei verschiedene Dinge handeln, entweder um blos diffundierten, aktiven Sauerstoff fremden Ursprungs oder um eine wirkliche, hitzeunbeständige Oxydase oder endlich um ein uneigentliches, ein sog. mineralisches Ferment, welches der Hitze widersteht. Ehe diese Möglichkeiten früher alle erkannt waren, haben die Autoren in solchen Fällen stets, und anscheinend mit Recht, das Vorhandensein einer Oxydase angenommen. Heute ist es, um den Nachweis einer Oxydase zu führen, in jedem Falle nötig, zu untersuchen, ob wenigstens Benzidin ohne Zutat von H_2O_2 von dem Gewebselemente direkt gebläut wird (vorausgesetzt natürlich, daß die anderen Anzeichen eines echten Fermentes stimmen). Da wir bei solchem Verfahren bisher im tierischen Körper überhaupt keine Oxydase fanden, ist uns natürlich das Vorkommen einer Oxydase, wie sie jetzt definiert wird, äußerst zweifelhaft geworden.

Im allgemeinen finden wir tatsächlich bisher überall und nur: Sauerstofforte und Peroxydasenorte — disjekta membra eines Sauerstoffhaushaltes, welche noch nicht gestatten, eine vollkommene Theorie desselben auch nur für ein Organ aufzustellen.

Die größte Lücke unseres Wissens klafft hier noch bei den Kernen. Die Kerne sind sicher Sauerstofforte und Peroxydaseorte — mehr wissen wir bis heute nicht. Wir können nicht sagen, wie das Peroxyd im Kern beschaffen ist, welches durch die Peroxydase gespalten werden soll. Wir können nur mit Spitzer und Bunge ahnen, daß ein eisenhaltiges Nuklein dahinter steckt, welches auf bisher noch nicht genauer bekannte Weise den inaktiven Sauerstoff der Lymphe aktiviert und damit der Peroxydase in die Hände arbeitet.

Daher ist es recht wohl gestattet, in allen diesen noch unklar bleibenden Fällen von Sauerstofforten vorerst wieder, wie in alter Zeit von einer „Aktivierung" des Sauerstoffs durch das Gewebe, von einem Gehalt desselben an „aktivem Sauerstoff" zu sprechen. Wenigstens präjudiziert dieser Ausdruck nichts über den zugrunde liegenden Vorgang.

Wenn wir also auch noch von dem Ziele weit entfernt sind, die

Digitized by Google

Sauerstoffbewegung in der Haut bis ins einzelne verfolgen und verstehen zu können, so haben wir doch schon einen ungefähren Überblick über die normale Sauerstoffverteilung in der Haut gewonnen. Wir kennen diejenigen histologischen Elemente, in denen Sauerstoff normalerweise sich anhäuft im Gegensatz zu denen, in welchen er so rasch zur Verbrennung der Gewebssubstanz verbraucht wird, daß er sich unserer Wahrnehmung entzieht. Dieser anatomische Gegensatz, der natürlich physiologisch und pathologisch von höchster Wichtigkeit ist, erlaubt uns, von speziellen Sauerstofforten und Reduktionsorten in der Haut zu reden, obwohl natürlich kein Ort der Haut, vielleicht mit Ausnahme der Hornsubstanz, des freien Sauerstoffs ganz entbehrt.

Sauerstofforte sind zunächst alle Kerne[1]). Selbst die pyknotischen Reste der Kerne in den Talgzellen geben meistens noch aktiven Sauerstoff zu erkennen und der Sauerstoffvorrat der Kerne erlischt erst mit dem physiologischen Schwund der Kerne in den verhornenden Zellen der Oberfläche und den verfetteten Zellen des Talgdrüsensekrets. Am meisten Sauerstoff enthalten die Kerne, welche der Kutis direkt aufsitzen, die Kerne der Keimschicht des Deckepithels, der Knäuelgänge und Knäuel drüsen und des Haarbalgepithels, ganz besonders aber die Kerne der Epithelzellen, welche die Haarpapille bekleiden, und die fast nur aus Kernen bestehenden Bindegewebszellen der Haarpapille selbst. Die Kerne aller übrigen Bindegewebszellen enthalten ebenfalls freien Sauerstoff, aber doch in wesentlich geringerem Maße. Immerhin gewinnt man durch ihre Bläuung ein ähnliches Bild der Haut wie mit den gewöhnlichen Kernfärbungsmethoden, nur zarter. Ähnlich ist es mit den Kernen der glatten Muskeln, während die Kerne der basalen Talgdrüsenzellen einen reichen Gehalt an Sauerstoff aufweisen, der in den höheren Lagen nur langsam abnimmt; offenbar verhält sich das in den Talgdrüsenzellen gebildete Fett indifferent und entzieht dem eingeschlossenen Kern seinen Sauerstoff nicht in merklichem Grade.

Nächst den Kernen haben wir in der Haut die Mastzellen als hervorragende Sauerstofforte aufzufassen. Stets nehmen in ihnen die Granula die Sauerstoffärbung an, fast nie der Kern, zuweilen das Protoplasma. In letzterem Falle treten die Granula nicht besonders hervor.

Als Sauerstoffort eigner Art hat sodann noch der Knorpel (z. B. Ohrknorpel) zu gelten. Er zeigt stets eine stärkere Sauerstoffärbung als seine Umgebung. Meistens sind die Kerne der Knorpelzellen blau gefärbt und daneben ein Teil des Protoplasmas derselben oder auch die

[1]) Die folgende Übersicht bezieht sich hauptsächlich auf die meist untersuchten Schnauzen und Ohren von Mäusen und Ratten.

Digitized by Google

Knorpelkapseln und die anliegende Knorpelgrundsubstanz; letztere ist meistens metachromatisch violett gefärbt.

Als Sauerstofforte zweiten Ranges (sekundäre Sauerstofforte) hat man die verschiedenen Protoplasmen zu betrachten, auf welche der freie Sauerstoff unter Umständen von den Kernen aus sich ausbreitet. Normalerweise geschieht dieses stets an den basalen Epithelien der Stachelschicht der Oberfläche so gut wie der Knäuelgänge und Haarbälge, und ganz besonders an sämtlichen Epithelien der Haarwurzeln. Seltener, aber doch noch, wie es scheint, in die physiologische Breite fallend [1]), zeigen die Stachelzellen der mittleren Stachelschicht und die Bindegewebszellen der Kutis freien Sauerstoff im Protoplasma, während die Kerne dann weniger Sauerstoff führen. Geschieht letzteres, so gewinnt man ein ungewöhnlich reiches, netzförmig verzweigtes Bild der normalen Kutiszellen, wie sonst nur an entzündeter Haut. Bei sehr starkem Sauerstoffgehalt der Sauerstofforte finden wir auch zuweilen in ihrer Nachbarschaft sekundär freien Sauerstoff in den kollagenen Bündeln und sogar in der glatten Muskulatur, während die Knorpelsubstanz dann regelmäßig eine starke Anhäufung von O erkennen läßt. Dagegen bleibt selbst in diesen Fällen die stark reduzierende Hornsubstanz (Hornschicht und Haare) immer sauerstofffrei.

Die Peroxydaseorte der Haut fallen ziemlich genau mit den primären Sauerstofforten derselben zusammen. Es sind ebenfalls die Epithel- und Bindegewebskerne, die Mastzellen und die Knorpelkerne. Die sekundären Sauerstofforte dagegen (Protoplasma, Knorpelgrundsubstanz, Muskeln, Kollagen) geben keine Peroxydasereaktion.

Nach diesen Grundtatsachen muß man sich den Gang des Sauerstoffstromes der Haut im allgemeinen etwa folgendermaßen vorstellen. Das Blut bringt in den arteriellen Hautkapillaren reichlich inaktiven Sauerstoff heran, der mit dem Blutplasma in das Kutisgewebe eindringt. Hier liegt dicht an die Gefäßkapillaren angeschmiegt die erste Kette von Mastzellen, welche die Aufgabe haben, den inaktiven Sauerstoff der Lymphe mittels der Granula zu aktivieren und, falls dieser in Form eines Peroxyds gebunden wird, ihn mittels ihres Peroxydasegehalts freizumachen und aktiv der Lymphe wiederzugeben. Hierdurch erhält das Kutisgewebe bis zu den verschiedenen Epithelgrenzen — am Deckepithel, an den Knäueldrüsen, Talgdrüsen und Haarbälgen — seinen Vorrat an aktivem Sauerstoff. An diesen Orten angelangt, ist derselbe augenscheinlich erschöpft oder wenigstens für die Versorgung der epithelialen Organe selbst ungenügend aktiviert. Dadurch erklärt sich die zweite Kette der

[1]) z. B. sehr häufig an der normalen Kaninchenhaut.

Digitized by Google

Mastzellen, welche alle diese Organe umgeben. Es sind die Aktivatoren für den Sauerstoffgebrauch der epithelialen Anhänge der Haut. Innerhalb der letzteren findet in den Kernen der zunächstgelegenen Epithelzellen (Keimschichten) eine neue Aktivierung statt, welche um so energischer vor sich geht, je mehr die betreffenden Epithelien ihre zweite Funktion, die Zellteilung, ausüben. So erklärt sich der besonders hohe Sauerstoffgehalt der basalen Stachelzellen und der Zellen der Haarwurzel. Schon in den oberen Lagen der Stachelschicht des Deckepithels und des Haarbalges ist der Sauerstoff, und zwar zuerst in den sekundären Sauerstofforten des Protoplasmas, sodann auch in den primären der Kerne verschwunden, und die Hornschicht sowie das Haar repräsentieren absolut sauerstofflose Reduktionsorte.

Veränderungen im Verlaufe der Syphilis nach intensiver Behandlung. Über Pseudoreinfektionen und Frührezidive.

Von

Dr. Franz v. Veress,
Privatdozent für Dermatologie in Klausenburg.

(Schluß.)

Wenn wir den beschriebenen Fall kurz zusammenfassen, so finden wir, daß die Ansteckung etwa um Mitte Dezember 1910 geschehen konnte. Die Sklerose entstand Anfang Januar 1911, war bis zum 23. Januar — dem Zeitpunkte der Meldung des Kranken — gut entwickelt und zog mächtige regionale Drüsen nach sich. Die Behandlung begann zu dieser Zeit, in der zweiten Latenzperiode, und zwar mit Kalomel, Quecksilberpflaster und gleichzeitig innerlich mit Mergal und intramuskulär mit Asurol. Sowohl das Geschwür als auch die Drüsen gingen rasch zurück, der Kranke erhielt nicht ganz zwei Monate nach Beginn der Kur 0,4 Salvarsan in die Vene und nahm fortgesetzt Mergal. Sekundäre Symptome traten nicht auf; der Kranke erhielt bis zum 30. Mai, oder innerhalb $5^1/_2$ Monaten nach der Ansteckung, zusammen 7 Asurolinjektionen, ein intravenöses 606 von 0,4 g und nahm 12—13 Schachteln Mergal ein. Eine Woche später — d. i. am 6. Juni — entstand bei negativer Wassermann-Reaktion an der Stelle der alten Sklerose eine neue Induration, welche bald darauf verschwärte und sich innerhalb drei Wochen (bis zum 30. Juni) zu mehr

Digitized by Google

als kronengroßer, ungemein spirochätenhaltiger und mit charakteristischen regionalen Drüsen komplizierter Sklerose umwandelte, die dann durch eine mehrwöchentliche kombinierte Quecksilberbehandlung (Mergal und Asurol) rückgebildet wurde.

Aus dem Gesagten ist, glaube ich, unzweifelhaft zu konstatieren, daß sich an ein und demselben Individuum innerhalb 6 Monaten zweimal Sklerosen entwickelten.

Im ersten Augenblick könnten wir geneigt sein, die Sache so zu erklären, daß der Betreffende zu den seltenen Individuen gehört, die sich ein zweitesmal mit Syphilis infizierten. Diese Annahme stützt auch der Umstand, daß die erste Sklerose schon Monate vorher spurlos verschwunden war, weiter die Angabe des Kranken, daß er auch in der letzteren Zeit vielfach geschlechtlichen Verkehr übte, und zwar mit denselben Dorffrauen, von denen er sich wahrscheinlich bei der ersten Gelegenheit die Syphilis holte. Den Anschein von Reinfektion erweckt auch noch der Umstand, daß die zweite Sklerose eine vollkommen typische, ja eine ungewöhnlich mächtige, knorpelig harte, spirochätenhaltige Induration war, zu der sich eine charakteristische regionale Drüsenschwellung gesellte. Die natürliche Vorbedingung der neuerlichen Infektion ist, daß die erste Syphilis vollständig ausgeheilt gewesen sei. In dieser Hinsicht können allerdings Zweifel in uns auftauchen, weil der Zeitraum von 5 Monaten zwischen dem Auftreten der beiden Sklerosen nach unsern heutigen Erfahrungen viel zu kurz ist, damit die Syphilis selbst bei energischer Behandlung heile. Hingegen wäre auch die Frage zu erwägen, ob das Quecksilber, mit welchem früh begonnen und welches innerlich sowie intramuskulär fast ununterbrochen verabreicht wurde, im Verein mit der inzwischen angewandten intravenösen Salvarsaninjektion wohl nicht auch in so kurzer Zeit vollständige und endgültige Heilung zu bewirken vermag? Die Wassermann-Reaktion war bei dem Entstehen der zweiten Sklerose negativ. Die Möglichkeit der vollständigen Heilung läßt sich also nicht rundweg leugnen, und ich würde mit der Annahme der Reinfektion in diesem Falle nicht zögern, wenn — die zweite Sklerose nicht an der Stelle der ersten entstanden wäre. Dieses einzige Moment macht die Reinfektion unwahrscheinlich, denn wenn dies nicht wäre, dann könnte niemand daran zweifeln, daß die erste Lues vollständig geheilt gewesen sei und daß eine zweite begonnen habe.

Die zweite Möglichkeit wäre die, daß eine Superinfektion geschah auf die Weise, daß sich der Kranke gelegentlich des Geschlechtsverkehrs mit luetischen Frauen mit frischen Spirochäten infizierte und sich an dem von der ersten Infektion noch nicht geheilten Körper ein neues hartes Geschwür holte. Diese Möglichkeit können wir aus folgenden

Digitized by Google

Gründen beruhigt für ausgeschlossen halten: Superinfektion bewirkt nicht typische Sklerose bei einem seit 5—6 Monaten mit Syphilis behafteten Individuum, sondern eine eventuell größere Impfpapel. In unserm Fall dagegen entstand eine charakteristische, sehr große Sklerosis; hinwieder ist die Superinfektion nicht an den Platz der ersten Sklerose gebunden, wo doch hier eben das am auffallendsten ist, daß das zweite Geschwür an der Stelle des ersten entstand. Daran kann niemand denken, daß sich bei der zweiten Gelegenheit am Penis ein Gumma entwickelt habe, schließt doch auch das Bild der klinischen Entwicklung und das Verhalten der Drüsen dies gänzlich aus.

Es bleibt uns also keine andere Erklärung übrig, als an die früher erwähnten Thalmannschen Solitärsekundäraffekte, beziehungsweise an die Bettmannschen Frührezidive zu denken, die sich zuweilen ähnlich unserm geschilderten Falle in Gestalt sogenannter sekundärer Sklerose zeigen können. Das Entstehen dieser erklärt die Theorie Thalmanns überaus natürlich und verständlich. Demzufolge vermag das gegen die Spirochäten verfertigte Antitoxin nach einer früh begonnenen und nachdrücklichen Behandlung den Organismus schon innerhalb kurzer Zeit in solchem Maße zu sterilisieren, daß dieser, abgesehen von einigen wenigen Spirochätennestern, sonst spirochätenfrei wird. Der Organismus gewinnt infolgedessen eine gewisse relative Empfänglichkeit für eine neue Syphilisinfektion, denn seine Immunität hat aufgehört oder sie ist fast ganz verschwunden. Wenn daher die eingekapselten Spirochäten, die bis dahin schlummerten und auf den Organismus kaum Einfluß üben konnten, aus irgend welchen Gründen wieder zum Leben erwachen, dann finden sie in dem Organismus solche Verhältnisse vor, wie gelegentlich der ersten Infektion, und bringen infolgedessen auch solche Veränderungen hervor, wie bei der Entwicklung der ersten Sklerose. Mit dieser Erklärung stimmt auch der Umstand gut überein, daß die Wassermann-Reaktion bei Entstehung des zweiten Geschwürs negativ war. Wir können diese Theorie Thalmanns als derzeit natürlichste Lösung der skizzierten Fälle in ihrem ganzen Umfange annehmen und können demnach in unserm geschilderten Falle sogenannten Sekundäraffekt, sekundäre Sklerosis voraussetzen. Denken wir hier nicht an Reinfektion, wo, wie aus dem Gesagten hervorgeht, von frühzeitigem Rezidiv, von Pseudoreinfektion die Rede ist.

Solch sekundäre Sklerosen können nach dem Zeugnis der neueren Literatur auch nach bloßen energischen Quecksilberkuren auftreten, wie dies die in Hoffmanns altem Fall beschriebene „isolierte, indurierte Papel", wie es 7 Fälle Thalmanns, 1 Fall Fingers und Friebos'

Digitized by Google

erster und dritter Fall u. a. m. beweisen. Seit Anwendung des Salvarsan haben sich diese Fälle vermehrt, was darin seine Erklärung findet, daß wir mit dem 606 in dem Organismus wahrscheinlich schneller eine große Anzahl von Spirochäten vernichten und so, wenn auch vorübergehend, eine teilweise Sterilisation und in Verbindung damit relative Empfänglichkeit bewirken können, in viel kürzerer Zeit als früher, solange wir einzig und allein mit Quecksilber arbeiteten. In Frieboes' zweitem und vierten Falle entstand 3, beziehungsweise 6 Monate nach Einspritzung des Salvarsan neue — sekundäre — Sklerose einmal an dem linken Arm, ein andermal an der Tonsille. In Kreftings Fall entwickelten sich 6 Monate nach der ersten Infektion und nicht ganz 3 Monate nach der letzten (dritten) intravenösen Ehrlich-Injektion bei negativer Wassermann-Reaktion zwei neue Sklerosen in der Nähe des originalen harten Geschwürs. In zwei andern Beobachtungen beschreibt er, daß sich etwa 2 Monate nach der letzten Salversaneinspritzung neue Sklerose zeigte Die Wassermann-Reaktion wurde in den ähnlichen Fällen Kreftings, Stühmers und Behrings, sowie auch in meinem Fall nach einer oder mehreren Ehrlich-Injektionen negativ, und in diesem negativen Stadium entstand die zweite Sklerose, die ich im Gegensatz zu Krefting nicht einmal in seinem Fall für ein Zeichen von Reinfektion halte, sondern nur für einen Sekundäraffekt, für sekundäre Sklerose.

Vom Gesichtspunkt der Pathogenese der sekundären Sklerose ändert es an der Sache nicht viel, daß ihre Entstehung auch durch eventuell auf dem Wege von Superinfektion hingelangte Spirochäten gefördert beziehungsweise ausgelöst werden kann. Die wesentliche Vorbedingung ist die, daß der Organismus relativ spirochätenfrei, also in gewisser Hinsicht empfänglich sei. Ein Teil der Autoren, so z. B. auch Ehrlich und Thalmann selbst, hält die frühzeitigen Rezidive vom Standpunkt der Prognose für ein sehr günstiges Zeichen. Sie betrachten diese als Beweise für die fast vollständig gelungene Sterilisation des Organismus.

Die sehr frühe, energische Behandlung der Syphilis mit Quecksilber oder mit Salvarsan vermag nicht bloß an der Haut, sondern auch an den innern Organen Veränderungen hervorzurufen, die man als frühzeitige Rezidive betrachten kann. Hierher gehören auch die schon im Vorjahre beschriebenen und anfangs sehr gefürchteten Nervenaffektionen in der Sphäre des Seh- und Hörnervs. Die nach Salvarsaneinspritzungen bisweilen beobachteten Optikus-, Okulomotorius- und Akustikuslähmungen hielten anfangs alle für spezifische Arsenvergiftungssymptome. Im Gegensatz hierzu sieht Ehrlich in diesen Affektionen syphilitische und eben darum Neurorezidive genannte Prozesse, die, ähnlich wie die vorhin behandelten Hautrezidive, auf das Wiederaufleben der im fast sterilisierten

Digitized by Google

Organismus hier und dort in einzelnen Nerven zurückgebliebenen Spirochäten zurückzuführen sind.

Ich habe nicht die Absicht, diese Frage eingehend zu erörtern, die Zeit wird die Antwort darauf ohnehin geben; nur jener Anschauung möchte ich Ausdruck geben, daß die Anwendung von Salvarsan, welche ich bisher in mehreren hundert Fällen zu Ende führte, ein- oder das anderemal nicht nur zu Neurorezidiven, sondern vielleicht auch zum Entstehen wirklicher Gehirnsyphilis Anlaß geben kann — wenn wir die Behandlung nicht mit Quecksilber kombinieren. Die paar Fälle, welche diesen Verdacht in mir wachriefen, waren alle Fälle alter latenter Syphilis. Die betreffenden Kranken erhielten von mir auf Grund positiver WASSERMANN-Reaktion intravenöse EHRLICH-Injektionen; hiervon wurden sie kräftig, nahmen an Gewicht zu, wurden in bezug auf Allgemeinbefinden ganz hergestellt und vernachlässigten — vielleicht gerade deshalb — die empfohlene Quecksilber-Nachkur. Nach unbestimmter Zeit zeigten sich teils in Gestalt von Kopfschmerzen, teils als Schlaflosigkeit, Nervosität, Ruhelosigkeit, Unlust, Hypochondrie, Gefühl von Schwindel und Unsicherheit usw. Gehirnsymptome, deren Ursache mir damals ziemlich unverständlich war. Heute lassen sie sich mit der THALMANNschen Theorie gut erklären als infolge der partiellen Sterilisation auftretende luetische Erneuerungen im Gewebe des Gehirns oder an dessen Häuten. So gehen diese Gehirnaffektionen, ebenso wie die manchmal im Akustikus und im Okulomotorius auftretenden, vorhin behandelten Neurorezidive auf energische Quecksilber- und Jodbehandlung gewöhnlich zurück.

Aus dem Gesagten können wir den Beweis schöpfen, daß wir auf Salvarsanbehandlung nach Möglichkeit immer Quecksilberbehandlung folgen lassen sollen, da dies der sicherste Weg ist, um rasche Rezidive zu verhüten. Das EHRLICHsche Präparat kann gerade infolge seiner raschen und radikalen Wirkung auf Grund der erwähnten partiellen Sterilisation Gefahren und Rezidive zur Folge haben. Sehr selten können diese Eventualitäten auch nach sehr energischer und frühzeitig begonnener Quecksilberbehandlung der Syphilis eintreten. Trotz alledem ist es selbstverständlich, daß diese bedauerlichen Erneuerungen weder von der frühzeitigen und energischen Behandlung der Syphilis mit Quecksilber, noch von der Verwendung des 606 abhalten können, sie machen uns höchstens darauf aufmerksam, in solchen Fällen unverzüglich mit einer intensiven Quecksilberkur zu beginnen.

Auf Grund der hier vorgebrachten Fälle können wir zusammenfassend sagen, daß die in der letzten Zeit häufiger mitgeteilten Fälle, in welchen innerhalb weniger Monate nach

Digitized by Google

sicher festgestellter syphilitischer Infektion den Anschein von Reinfektion erweckende neue Sklerosen auftraten, welche ein Teil der Autoren tatsächlich für Zeichen von Reinfektion hält, eigentlich nichts anderes sind, als ungewöhnlich starke und infolge frühzeitiger, spezifischer Heilung nach der Thalmannschen Theorie ausgelöste frühzeitige Rezidive. Diese Pseudosklerosen entwickeln sich gewöhnlich bei negativer Wassermann-Reaktion, was den Schein der Reinfektion noch mehr hebt; sie können an der Stelle der originalen Sklerosis auftreten und charakteristische Drüsenschwellung hervorrufen, so daß sie von wirklicher Sklerose nicht zu unterscheiden sind, aber sie können auch an welchem Teil der Haut und der sichtbaren Schleimhäute immer auftreten, und imitieren dann extragenitale Reinfektion.

Die bisherigen Erfahrungen machen uns — so glaube ich — darauf aufmerksam, uns bei der Syphilisbehandlung ja nicht allein auf das Salvarsan zu verlassen, sondern es abwechselnd mit Quecksilber anzuwenden. Das Ehrlichsche Mittel wirkt nämlich schön, energisch und rasch, das Quecksilber dagegen langsam, aber sicher.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Nichtoffizielle Versammlung am 27. Nov. (10. Dez.) 1911.

Originalbericht von Arth. Jordan.

1. **Bogrow** stellte eine 35jährige Frau mit **Atrophia cutis maculosa** vor. Die bisher gesunde Kranke hat vor ca. $1^1/_2$ Jahren rote, juckende, später dunkler werdende Flecke auftreten gesehen. Augenblicklich finden sich bei der Kranken symmetrisch angeordnete Pigmentationen auf den Handrücken, Ellenbogen und Knien, welche eine Fältelung der Haut aufweisen. Histologisch läßt sich keine Atrophie, sondern nur eine Infiltration in die Gefäße nachweisen. Trotzdem nimmt B. eine Anetodermie an, weil nichts für Lepra oder für Urticaria pigmentosa gigantea perstans oder für eine Intoxikation spricht. Bei verschiedenen versuchsweise angewandten, inneren Mitteln, welche fleckige Rötungen hervorrufen können, trat freilich nach Antipyrin eine Hyperämie der bestehenden Flecke auf, aber früher will die Kranke nie Antipyrin gebraucht haben. Die Pirquetsche Reaktion fiel bei der Kranken positiv aus.

Diskussion. Meschtscherski bemerkt, daß dort, wo die Pirquetsche Reaktion positiv ausfiel, sich ein Infiltrat entwickelt hat, welches an einen Lupus exfoliaticus erinnert.

Fokin, welcher keine Atrophie sieht, fragt, ob nach Mikroorganismen gefahndet worden ist?

Bogrow erwidert, Lepra- und Tuberkelbazillen wurden nicht gefunden.

Orlow erkundigt sich, ob neue Flecke auftreten oder nicht?

Digitized by Google

Bogrow hat keine neuen Flecke gesehen, und die Kranke will auch keine neuen Flecke, seit Absterben der alten vor $1^1/_2$ Jahren, bemerkt haben.

Meschtscherski schließt sich der Wahrscheinlichkeitsdiagnose Anetodermie cutis an, da sich eine Atrophie der Haut, wie die Fälle von Bick und Klotz ergeben, erst viele Jahre nach Auftreten der Flecke ausbilden kann, freilich bleibt die Diagnose noch unklar, da er eine derartige Pigmentation der Haut bei idiopathischer Atrophie der Haut nicht gesehen hat.

2. Grintscher demonstriert zwei Frauen, deren **Lupus erythematodes** erfolgreich mit Kohlensäureschnee behandelt worden ist.

In dem einen Fall hatte der Lupus erythematodes 9 Jahre bestanden und war vergeblich mit allen nur denkbaren Mitteln behandelt worden, im anderen Fall bestand der Lupus erythematodes drei Jahre lang. Wenn vielfach die Verfasser vom Kohlensäureschnee nicht befriedigt worden sind, liegt es an der Ausführung, welche auf die Zeitdauer der Anwendung und auf den auszuübenden Druck Gewicht zu legen hat. Beides muß individuell verschieden sein, im allgemeinen lassen sich keine Angaben machen.

Diskussion. Bremener fragt, wie es mit den Rezidiven steht?

Grintscher hat 38 Fälle von Lupus erythematodes mit Kohlensäureschnee behandelt und, obgleich es sich meist um Kranke aus der Provinz handelte, doch von 20 Personen brieflich die Nachricht erhalten, daß sie ohne Rezidive sind, von 17 Kranken fehlen Nachrichten, in einem Fall rief die Behandlung eine Verschlimmerung hervor. Von den beiden vorgestellten Fällen ist der eine bereits über ein Jahr rezidivfrei. Sehr gute Resultate ergibt diese Behandlung bei Warzen, Acne rosacea und Naevus.

Bogrow und Brytschew bestätigen den in einzelnen Fällen glänzenden Erfolg dieser Behandlungsart.

3. Muchin (Gast) führte eine 39 jährige Frau mit einem **Cancer en cuirasse** vor. Die ganze Brust wie der Rücken sind rot und derb infiltriert. Die Brustwarzen sind eingezogen und nässen etwas. Außer der diffusen Veränderung der Haut finden sich noch isolierte Knoten, sowohl oberhalb als unterhalb der affizierten Region. Die rechte obere Extremität ist stark aufgetrieben. Die Drüsen sind vergrößert. Die Leber ist vergrößert und derb. Das Leiden hat sich im Laufe der letzten 20 Monate entwickelt, und zwar zuerst an der rechten Brustwarze, worauf es auf die linke überging. Histologisch handelt es sich um ein Carcinoma atrophicus fibrosum.

Diskussion. Bogrow sagt, klinisch erinnert der Fall an eine Sklerodermie, wogegen aber der histologische Befund spricht, wie an die Pagetsche Krankheit, welche aber durch das Fehlen der Darierschen Körperchen, wie durch das Fehlen des ekzematösen Stadiums auszuschließen ist.

4. Muchin zeigte eine 66 jährige Frau mit **Pemphigus vulgaris** und **Psoriasis vulgaris.**

Bremener erkundigt sich nach dem Inhalt der Blasen.

Bogrow erwidert, es wurden keine Mikroorganismen gefunden.

5. Bogrow demonstrierte ein 9 jähriges Mädchen mit **Mikrosporie** und bemerkt, daß der erste derartige Fall in Rußland von Levinson, der zweite von Bormann, der dritte von ihm beschrieben worden ist. Man nahm bisher an, daß die Krankheit in Rußland nicht vorkomme, bis zum Frühling dieses Jahres hat Bogrow 5 Fälle dieser Art beobachtet, seitdem 15.

6. Preobrashenski (Gast) stellte einen 29 jährigen Mann mit einer schon verschwindenden **Dermatitis herpetiformis Dühring** vor. Der Kranke leidet seit seinem 6. Jahre an gelegentlichen Ausbrüchen von herpetisch angeordneten Bläschen. Bis zum 18. Jahre waren die Anfälle dieser Art selten, seitdem wurden sie häufiger und stärker.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

(Bd. 15, Nr. 9.)

Salvarsan, von K. G. Zwick-Bern und A. O. Zwick-Cincinnati. Bekanntes.

154 Injektionen mit Salvarsan, von Edgar G. Ballenger-Atlanta. Bericht guter Erfolge nach intravenösen Salvarsaninjektionen.

Über Salvarsan, von Abr. L. Wolbarst-New York. W. rät davon ab, intravenöse Injektionen ambulant zu machen, und empfiehlt, den Patienten mindestens 10 Stunden Bettruhe zu verordnen. Bei nachfolgender positiver Wassermann-Reaktion ist die intravenöse Salvarsaninjektion in zweiwöchentlichen Zwischenräumen dreimal vorzunehmen.

Gegenwärtiger Stand der Diagnose und Behandlung der Syphilis, von Thos. B. Leonard-Richmond. Nichts Neues.

Lanolinölemulsion von Salvarsan. Von John G. Burke-Pittsburgh. B. empfiehlt die von ihm — New York Medical Journ., 11. März 1911 — angegebene Salvarsanemulsion zur weiteren Nachprüfung für intramuskuläre Injektionen. Er weist auf den Vorschlag von Auer und Meltzer hin, die Salvarsaninjektion zur beschleunigten Resorption in den Musculus sacrospinalis zu machen.

Salvarsan und Quecksilber bei Syphilis des Auges, von Georg W. Vandergrift-New York. V. verkennt nicht den Wert des Salvarsan, will aber das Quecksilber nicht darüber vernachlässigt wissen; wenn letzteres versagt, soll Salvarsan angewandt werden.

Die Wassermann-Reaktion, von Herbert Schoenrich-Baltimore. Bekanntes.

Neue Erfahrungen mit Salvarsan, von Charlet M. Whitney-Boston. Die Salvarsanbehandlung ist nicht in allen Fällen unterschiedslos am Platze. Dem Verf. gaben intramuskuläre Injektionen gute Resultate.

Instrumentarium zur intravenösen Salvarsaninjektion, von A. G. Rytina-Baltimore.

(Bd. 15, Nr. 10.)

Unklare Veränderungen der Harnwege, aufgeklärt durch moderne Hilfsmittel der Diagnose. Von Abr. L. Wolbast-New York. Fälle von Blasenstein und von Blasenzysten, die erst durch die Zystoskopie erkannt wurden.

Perinkale oder suprapubische Prostatektomie, von G. Kolischer und H. Kraus-Chikago. Die Verf. geben im allgemeinen der suprapubischen Operation den Vorzug.

Peritonitis acuta diffusa blennorrhoica, von Charles Goodman-New York. 3 Fälle.

Therapie der Harnverhaltung, von William F. Gordon-Richmond. Nichts Neues.

Gründe für die ungenügenden Heilerfolge bei der Behandlung der Blennorrhoe der Geschlechts- und Harnwege, von Alfred Buka-Pittsburgh. Wenn auch mancher Fall durch die Schuld des Patienten verschleppt wird, so ist doch oftmals auch der Arzt nicht ohne Schuld, wenn ein Tripper chronisch wird. Man soll sich hüten, dem Kranken die Heilung in nahe Aussicht zu stellen, da man nicht weiß, ob die Gonokokken völlig beseitigt sind.

Digitized by Google

Elektrische Behandlungsmethoden bei Hautkrankheiten, von Sinclear Tousey-New York. Röntgenbestrahlungen bei Epitheliomen, hochfrequente Ströme bei Akne, Ekzem, Elektrolyse bei Hypertrichosis, Warzen usw.

Psychologie des Jünglings und ihre Beziehung zum Sozialproblem, von Winfield H. Hall-Chikago.

Radiographie von mit Gas oder Luft aufgefüllten Nieren, von Lewis Gregory Cole-New York. An vier Röntgenogrammen zeigt der Verf. mit Luft oder mit Kollargol angefüllte Nierenbecken.

Die Wassermannsche Reaktion bei Krankheiten der Nase und des Rachens, von Joseph Weinstein-New York. Der Wert der Reaktion ist unbestreitbar. Negative Reaktion gibt allerdings nur Sicherheit mit Berücksichtigung der klinischen Symptome und der therapeutischen Erfolge.

Ungewöhnlicher Fall von Urtikaria, von Edmund Meyers-Boston. Ein Fall von schwerer Urtikaria mit Erbrechen trat kurz nach dem Genuß von gebackenen Makrelen auf und verschwand ohne jede therapeutische Anwendung spontan nach drei Stunden wieder.

Erfahrungen mit Salvarsan, von A. J. Caffrey-Milwaukee. Bekanntes.

(Bd. 15, Nr. 11.)

Funktionelle Nierendiagnose, von Louis E. Schmidt und Herman L. Kretschmer-Chikago. Kasuistik.

Intravenöse Salvarsananwendung, von George A. Holliday-Pittsburgh. Günstige Erfolge bei 55 Fällen.

Die Behandlung der Hypertrichosis, von Albert C. Geyser-New York. Anwendung der Elektrolyse und die Röntgenbestrahlung.

Ein Tag in Dr. Max Josephs Poliklinik in Berlin, von R. B. H. Gradwohl-St. Louis. Anschauliche Schilderung einer poliklinischen Sprechstunde.

Zystitis beim Weibe, von J. Dawson Whitall-Philadelphia. Klinische Studie.

Hochfrequente Ströme in der Behandlung der Akne vulgaris, von William G. Lewi-Albany. Nach individuellen Diätvorschriften und nach Behandlung mit Salizylborsalbe nimmt der Verf. die Anwendung hochfrequenter Ströme vor, bei der er gute Erfolge hatte.

Heilkunde und Sittlichkeit, von O. Edward Janney-Baltimore. Vorschläge im Sinne der abolitionistischen Föderation.

Peritheliom der Prostata, von Harlan Shoemaker-Shelby. Fall eines 78jährigen Mannes.

Nacktheit und öffentliche Moral, von W. Shufeldt-Washington.

Klinische Beobachtungen bei Anwendung von Salvarsan, von Edward H. Shields-Cincinnati. Der hohe Wert des Präparates auf kutane und muköse Veränderungen durch Lues ist unbestreitbar. Aber nicht für jeden Fall ist das Mittel am rechten Platze. Schourp-Danzig.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

August 1911, Band 22.

1. Zur Frage des Milium colloidale, von Schiperskaja. Histologisch bestand der von Frau Dr. Sch. untersuchte Fall von Milium colloidale aus epithelialen Zellen, so daß Verfasserin diese Krankheit als ein gutartiges Epitheliom auffaßt, wobei die Zellen eine kolloide Degeneration eingehen.

Digitized by Google

2. Zur Behandlung der Lepra mit Salvarsan, von Troitzkaja. In dem beschriebenen Fall von Lepra tubero-anaesthetica erhielt die betreffende Kranke im Laufe von 40 Tagen vier Salvarsaneinspritzungen zu 0,4, 0,5, 0,6 und 0,7, also im ganzen 2,2 Salvarsan. Die Wirkung dieser Einspritzungen bestand 1. in einer bedeutenden und schnellen Resorption der Knoten und Infiltrationen, an deren Stelle nur noch Spuren nachblieben, 2. in einer fast vollkommenen Wiederkehr der normalen Sensibilität der Haut, 3. in einem Schwund der Atrophia ichthyosiformis und 4. in einer Abnahme der Hansenschen Bazillen in den Knoten wie im Nasensekret.

3. Über die Wirkung des Salvarsans nach den Beobachtungen im Alexanderhospital der Permschen Landschaft, von Meleschko. Auf Grund von 80 mit Salvarsan behandelten Fällen von Lues ist Verf. zu folgenden Schlüssen gelangt: 1. Bei Primäraffekten wird durch die Injektion der Ausbruch der allgemeinen Erscheinungen nicht verändert. 2. In einigen Fällen von frischer wie tertiärer Lues und auch bei einigen Rezidiven der sekundären Lues wurde kein Effekt erzielt, in einigen anderen Fällen wurde nur ein partieller erreicht. 3. Die zahlreichen Rückfälle entwickelten sich ziemlich rasch und trugen einen sehr intensiven Charakter, wenn man sie nach der Form des Ausschlags, ihrer Ausbreitung und ihrem langsamen Schwunde beurteilt. 4. Bei Syphilis gravis und praecox waren die Resultate, entgegen der Beteuerung vieler Autoren, nicht immer glänzend. 5. Die Roseola, die Schleimhaut- wie die nässenden Papeln wurden schnell und günstig beeinflußt. 6. Das subjektive Befinden wie der Allgemeinzustand der Kranken mit schwerer Lues und mit gummösen Erscheinungen besserten sich.

4. Zur Frage des Einflusses der Blennorrhoe auf das Körpergewicht der Kranken, von Troitzki. Die Schlußfolgerungen lauten: 1. Das Gewicht der Kranken kann im Eiterstadium des akuten Trippers auch ohne Fieber sinken, wobei der Gewichtsverlust noch in den folgenden Stadien der Krankheit, dem schleimigen wie demjenigen des Bonjourtrippers, andauern kann. 2. Nach der Ausheilung kann das Gewicht wieder auf die alte Höhe steigen. 3. Auch die chronisch Tripperkranken können an Gewicht verlieren, wobei sich dasselbe nach Beendigung der Krankheit wieder hebt.

Arthur Jordan-Moskau.

Zeitschrift für Urologie.

(Bd. 5, Heft 3 und 4.)

Bemerkungen über das Prostatasekret, von Posner. Verf. hat erneut Untersuchungen über die mikroskopisch-chemische Zusammensetzung des Prostatasekrets angestellt und präzisiert auch jetzt seine Auffassung dahin, daß die Lipoid- oder Lezithinkörnchen im Sinne Fürbringers einen wesentlichen Bestandteil des normalen und des pathologischen Prostatasafts bilden; sie sind als Sekretionsprodukte der Drüsenepithelien anzusehen. Die Körnchenkugeln stellen Leukozyten dar, die sich nachträglich mit ihnen erfüllt haben.

Zur Kenntnis der Natur der Prostatakörner, von Fürbringer. Verf. hat ebenfalls seine früheren Publikationen über die Natur der Prostatakörner nachgeprüft, und kommt zu dem Schlusse, daß sie entgegen den neueren Untersuchungen Björlings, der sie für Zerfallsprodukte von Leukozyten erklärt, doch aus Lezithin beständen, bzw. Lipoide seien.

Die Bakterien der normalen Harnröhre beim Manne, von A. von Wahl. Verf. hat seit 13 Jahren sich mit Untersuchungen über die Bakterien der Harnröhre des Mannes beschäftigt, speziell mit den Diplokokken und ihr Verhalten zur Gramschen Methode. Er untersuchte mikroskopisch und bakteriologisch, hier gab ihm die Strich-

Digitized by Google

kultur die besten Resultate, die Gonokokken schon nach 12 Stunden erkennen läßt. Die Färbung und Entfärbung wurde genau nach der Gramschen Vorschrift vorgenommen, als Gegenfärbung wurde eine schwache wässerige Lösung von Neutralrot benutzt. Die Kokken konnten nicht genau in Kokken und Diplokokken geschieden werden, da sämtliche Arten im Urethralsekret auch als Diplokokken vorkommen. Diese scheiden sich die in Gelatine nicht verflüssigende und in verflüssigende. Die Unterarten wurden nach der Farbe gewählt. Am häufigsten fand sich der Streptococcus giganteus, von Lustgarten und Mannaberg zuerst beschrieben: von Diplokokken finden sich vier nicht verflüssigende und zwei verflüssigende Arten, die sich im Sekret schon durch die Art ihrer Lagerung von den Gonokokken unterscheiden; die wenigen in Leukozyten gelagerten waren gramfest, aber in frischen Blennorrhoen entfärbten sich auch die Gonokokken relativ schwer. Von Stäbchen fanden sich drei Formen. Verf. beschreibt dann die normale Gonokokkenkultur, deren mikroskopische Besichtigung verbunden mit der mikroskopischen Untersuchung der nach Gram entfärbten Kulturpräparate stets eine genaue Diagnose ermöglicht.

Der steife Seidenkatheter zum Gebrauch bei Prostatavergrößerung, von Heyse. Verf. hat an sich selbst die Erfahrung gemacht, daß ein steifer Seidenkatheter leichter über eine geschwollene Protasta gleitet, als ein ganz weicher oder ein ganz starrer, da er beim Einführen noch steif genug ist, um in richtiger Lage der gekrümmten Spitze die Prostata zu entrieren, und dann schnell weich genug wird, so daß er keine Verletzungen anrichten kann.

Die Frage des versteckten Schankers (Ulcus molle fossae navicularis urethrae), von Tschumakow. Verf. berichtet über einige Fälle des ziemlich seltenen versteckten weichen Schankers, die aber alle mit Ulcera mollia an den äußeren Bedeckungen, besonders am Frenulum kompliziert waren. Zur Behandlung empfiehlt er Sozojodolnatrium 1 : 10 als Stäbchen einzuführen.

Die Beeinflussung der infektiösen Prozesse der Harnwege, von Casper und Citron. Verf. besprechen einige mit Vakzine behandelte Fälle von Pyelitis: sie hat sich nicht bewährt. Als lokales Behandlungsmittel empfehlen sie die Argentumspülungen der Blase mit Toluolzusatz und nachträglicher Einspritzung von 10 g einer 2%igen Kollargollösung, die in der Blase bleibt. Bei der Pyelitis werden die Nierenbeckenwaschungen mit Argent. nitric. viel zu wenig gewürdigt. Als Harnantiseptikum steht ihnen das Urotropin obenan; in neuerer Zeit erschien ihnen noch wirksamer ein Myrmalyd genanntes Präparat, das sich als ameisensaures Urotropin darstellt. Citron beschreibt die Wirkungen des Myrmalyds im Körper und auf verschiedene Bakterien.

Über die Chromoureteroskopie in der funktionellen Nierendiagnostik, von Thomas. Verf. empfiehlt die Indigkarminreaktion als die wichtigste und wertvollste Probe für die Nierensuffizienz, da sie praktisch und leicht auszuführen ist und die vielen auf bilateralem synchromem Ureterenkatheterismus Proben von schwieriger Beurteilung entbehrlich macht.

Zur Geschichte der Nierenschüsse, von E. Küster. Verf. beschreibt drei Fälle von Nierenschüssen, die er in den „Chirurgischen Wahrnehmungen" des Johann Ulrich Bilgner aus dem Jahre 1763 gefunden hat, und die ein interessantes Bild von der Wundbehandlung jener Zeit ergeben.

Automobil und Sexualvermögen, von Notthafft. Zu den sonstigen Schädigungen des Automobilsports beschreibt Verf. eine neue: die der Sexualsphäre unter Mitteilung von fünf Krankengeschichten: es kommt zu einer Abnahme der Potenz, die Erektionsfähigkeit schwindet, während die Libido erhalten bleibt; die Aphrodisiaka sind wirkungslos, die sonstige Therapie nur dann wirkungsvoll, wenn das Autofahren gleichzeitig verboten

Digitized by Google

wird. Die Schädigung wird nicht durch das Schütteln des Autos verursacht, das im Gegenteil anregend wirkt. Verf. sieht sie als eine Schädigung des Gesamtnervensystems an, die zu einer Nervenschwäche, einer Art von zerebraler Neurasthenie führt, und bedingt durch das unsinnige Rasen und die damit verbundene Aufregung.

Die „Rosenkranzsonde" für Urethralmassage, von Tittinger. Verf. hat eine Massagesonde für die Harnröhre konstruiert, die leichtere und bessere Massagewirkungen gestattet, weil sie mit einer möglichst unebenen Oberfläche (zur Erhöhung der Reibungsfähigkeit) versehen ist. Dies geschah durch Anbringung von knopfartigen Hervorragungen. Sie soll Gutes leisten.

Bemerkungen über das Prostatasekret, von Posner. Verf. hat einen Aufsatz von Schlagenhaufer „über lipoide doppeltbrechende Substanzen im Prostatakarzinom" anzuführen vergessen, der Posners Angaben bestätigt. F. Hahn-Bremen.

Bücherbesprechungen.

Anleitung zur sexuellen Aufklärung und Erziehung. Ein Buch für Lehrer, Eltern und Erzieher, von Max Oker-Blom-Helsingfors. Aus dem schwedischen Originale übersetzt und mit Vorwort sowie Anmerkungen versehen, herausgegeben von Karl Ullmann-Wien. 105 Seiten. (Paul Knepler, Wien 1911.) In der Schrift wird beabsichtigt, jene Kenntnisse zu vermitteln, die zu einer richtigen Auffassung aller mit dem Geschlechtsleben zusammenhängenden Erscheinungen erforderlich sind. Die Jugend muß wissen, welche Gefahr das Leben in seinem Schoße bergen kann, und es ist notwendig, daß die Erklärung, um von wirklichem Nutzen zu sein, dem Alter, der Auffassung und Entwicklung des Empfängers gut angepaßt und auch zur rechten Zeit mitgeteilt wird. Die vorliegende kleine Anleitung wendet sich nicht an die Jugend selbst, sondern an jene Personen, die deren Erziehung und sittliche Leitung in Händen haben, was allerdings die Schwierigkeiten in bezug auf die Behandlung des Materials und die Darstellungsweise kaum erheblich verringert. Es erscheint durchaus nicht genügend, den Eltern und Erziehern bloß die Darstellung gewisser Tatsachen und Verhältnisse in die Hand zu geben, über welche sie dann ihrerseits nach freiem Ermessen das Kind aufzuklären hätten. Für die Mehrzahl der Fälle erscheint es geradezu erforderlich, in einer förmlichen Anleitung auch die Form dieser Mitteilungen selbst zu bestimmen. Diese Absicht ist Oker-Blom in seinem lesenswerten Büchlein außerordentlich gut gelungen, und wenn er auch betont, daß seine Ausführungen nur einen Leitfaden bilden sollen, die zu modifizieren, bald in ein Gespräch gelegentlich einzuflechten wären, bald das Gepräge einer vertrauensvollen ernsten Mitteilung tragen müßten, so ist auch schon das, was er an Erklärungen zusammengetragen, für jeden Erzieher eine vortreffliche Handhabe, der Jugend gegenüber Fragen zu berühren, über die heute leider noch viel zu sehr mit Stillschweigen hinweggegangen wird. Wir müssen darum Ullmann dankbar sein, daß er durch Übersetzung das Werkchen uns zugänglich gemacht und an den Ausführungen Okers nichts geändert hat, obwohl seine subjektive Auffassung nicht immer ganz mit Oker übereinstimmte. In dieser Hinsicht scheinen sein Vorwort und seine Anmerkungen von solchem Wert, daß das Buch durchweg nur gewonnen hat. Es wäre zu wünschen, daß die Anleitung einen wirklich großen Kreis von Lesern finden

Digitized by Google

möchte, daß es vor allen Dingen auch in größerer Masse gerade unter Lehrern verbreitet würde und nicht nur unter dem ärztlichen Publikum, wenngleich auch diesem die Anordnung des Stoffes und die treffenden Aufführungen manches bringen und manche Anregung geben werden. W. Lehmann-Stettin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Hygiene.

Die Kontrolle der Geschlechtskrankheiten von seiten des Gesundheitsamtes, von PRINCE A. MORROW-New York. (New York med. journ., 15. Juli 1911.) Verf. ist in erster Linie der Ansicht, daß die Geschlechtskrankheiten anzeigepflichtig sein sollen, natürlich unter Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses, indem die Sanitätsbehörde von allen Ärzten Angaben darüber verlangt, wieviel Fälle sie in Behandlung hätten, über die mutmaßliche Infektionsquelle u. a. m., ohne daß Name oder Wohnung des Patienten angegeben werden. Jedes Krankenhaus und jede Poliklinik sollte ebenfalls diese Verpflichtung haben. Eine genaue statistische Zusammenstellung würde sehr wertvolles Material zur Erziehung des Publikums bezüglich der enormen, durch diese Krankheiten verursachten Morbidität und der Notwendigkeit von Präventivmaßregeln liefern. Weiterhin müßten auch — männliche und weibliche — Individuen, die trotz Kenntnis ihrer venerischen Krankheit sich einer Weiterverbreitung schuldig machen, eventuell zwangsweise der Behandlung zugeführt oder bestraft werden.

[Solche Zwangsmaßnahmen haben erst dann wirklichen Wert, wenn auch die — in den Vereinigten Staaten sehr zahlreichen — Kurpfuscher denselben unterworfen werden. Ref.] Stern-München.

Die Notwendigkeit allgemein gleicher staatlicher Verordnungen über die Behandlung venerischer Erkrankungen zur Verhütung dieses sozialen Mißstandes, von A. RAVOGLI-Cincinnati. (Interstate Med. Journ., 1910, Nr. 3.) R. bespricht eine Reihe sehr zeitgemäßer staatlicher Verordnungen in Italien und weist auf die leider nur zu bekannten Mißstände, vor allem den Mangel von Hospitalbetten für venerisch Erkrankte hin. Er stellt folgende Regeln auf, die er durch die Gesetzgebung anerkannt sehen möchte: 1. Jedes Hospital, das nicht ganz bestimmten speziellen Zwecken dient, soll gezwungen werden können, venerische Patienten, falls nötig, aufzunehmen. 2. In allgemeinen und kommunalen Krankenhäusern muß sich eine Abteilung für venerische Krankheiten befinden. 3. In diesen Abteilungen ist absolute Diskretion in jeder Form erste Regel. 4. Die Gesundheitsbehörde soll das Recht haben, jederzeit Krankenhäuser zur Aufnahme venerisch Erkrankter zu zwingen. 5. In größeren Städten müssen an Universitäten oder Krankhäuser Spezialpolikliniken angeschlossen sein. 6. In kleineren Städten muß die staatliche Gesundheitsbehörde für die Einrichtung solcher Polikliniken Sorge tragen. 7. Medikamente und ärztliche Behandlung sollen für unbemittelte Patienten frei sein. 8. Die Ärzte, die diese Polikliniken leiten, müssen ausgebildete Spezialisten sein.

W. Lehmann-Stettin.

Die antivenerische Prophylaxe in den Mittelschulen, von CHARLES POULLAIN. (Thèse de Paris, 1910, Nr. 212.) Die umfangreiche Arbeit (140 S.) läßt sich nicht in Kürze referieren. Fritz Loeb-München.

Alkohol und Seifenspiritus in der Händedesinfektion, von SCHUMBURG-Hannover. (Deutsche med. Wochenschr., 1911, Nr. 43.) Eine Erwiderung auf den Artikel

Digitized by Google

von Sick in Nr. 27 der Wochenschrift. Sch. hebt nochmals hervor, daß Seifenspiritus nur unsicher desinfiziert, während Alkohol 99,9% der Handbakterien in 3—5 Minuten unschädlich macht. Gunsett-Straßburg.

Hautdesinfektion mittels einer neuen Jodlösung, von Ellice McDonald-New York. (Med. Record, 15. April 1911.) Verf. empfiehlt Tetrachlorkohlenstoff (CCl_4), der die Haut wenig reizt und Fette löst. Es hat darum gewisse Vorteile vor v. Herffs Alkoholazeton und Grossichs Jodtinktur. W. Lehmann-Stettin.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Haut- und Geschlechtskrankheiten, von A. Neisser und C. Siebert. (Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung, April 1911.) Die Arbeit präzisiert kurz die Grundanschauungen Neissers über die Syphilisbehandlung: Es soll mehr wie bisher von der Wassermannschen Reaktion Gebrauch gemacht werden. Jeder Syphiliskranke soll so zeitig wie möglich in energische Allgemeinbehandlung genommen werden, und zwar ist die übliche Methodik die Kombination von Salvarsaninfusionen mit einem Zyklus von grauen Öleinspritzungen. Nach Möglichkeit ist außerdem der Primäraffekt zu exzidieren. Die Behandlung soll bis zur Beseitigung der positiven Reaktion fortgesetzt werden.

Arthur Schucht-Danzig.

Hautkrankheiten und Nervensystem. Ein Sammelreferat von F. Lewandowsky-Hamburg. (Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiat., Bd. 2, Heft 4.) Dieses ausführliche Sammelreferat behandelt den Gegenstand in ebenso ausführlicher wie hervorragender Weise. Es enthält ein reiches Literaturverzeichnis. Ein näheres Eingehen auf Einzelheiten des Referates, welches zahlreichen eigenen Anschauungen des Verfassers Ausdruck gibt, verbietet sich aus äußeren Gründen durch den Umfang des Gegenstandes.

Das Grenzgebiet hat sich, wie Verf. zum Schluß bemerkt, bisher weder für Neurologie noch Dermatologie besonders fruchtbar erwiesen. Den zahlreichen Hypothesen und Theorien stehen nur wenige Tatsachen gegenüber, die er in drei Sätzen zusammenfaßt:

„Es kommen im Verlauf der uns bekannten Krankheiten des Nervensystems häufig die verschiedensten Hautkrankheiten vor, deren Auftreten sich zum Teil durch sensible und vasomotorische Störungen erklären läßt. Der Herpes zoster ist die einzige Krankheit, bei der wir einen regelmäßig wiederkehrenden anatomischen Befund am Nervensystem haben, doch wissen wir nicht, wie Haut- und Nervenerscheinungen zusammenhängen. Nervöse Einflüsse können, wie Experimente gezeigt haben, auf der Haut die verschiedenen Grade der Entzündung hervorbringen, doch ist ihre Rolle in der Pathogenese der Hautkrankheiten noch unbestimmt, höchstwahrscheinlich sehr gering."

Arthur Schucht-Danzig.

Über Neuritis multiplex cutanea, von Hermann Schlesinger. (Neurol. Zentralblatt, 1911, Nr. 21.) Neuritis mult. cut. ist eine auf zwei oder mehrere Hautnerven beschränkte Erkrankung ohne Mitbeteiligung der tieferliegenden Nervenstämme oder des Zentralnervensystems. Diese seltene Erkrankung, die gewöhnlich Männer betrifft, befällt besonders die Nn. cut. fem. ext. et ant. und den Ramus superfic. d. N. radialis. Die ätiologischen Momente sind nicht einheitlich; Lues und Gicht mögen wohl eine Rolle spielen. Die Intensität der Symptome ist verschieden; bald sind es einfache Parästhesien, bald heftige Schmerzen. Dem Hautnerven entsprechend findet man Hyperästhesie; doch kommt es bei längerem Bestande zur Abnahme der Sensibilität.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Über Trichopilarmuskelkrisen bei Tabes dorsalis, von Alfred Neumann-Wien-Edlach. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 31.) Bei einem Patienten mit ausgesprochener Tabes trat anfallsweise eine auf bestimmte Hautbezirke beschränkte Cutis anserina auf, die Schmerzen auslöste und offenbar der Ausdruck von Reizerscheinungen im Gebiete sensibler und motorischer Nerven war. Der Kranke hat die Empfindung eines eigenartigen Schmerzes und damit war ein Krampf des Trichopilarmuskels verbunden. Der Zustand hatte daher den Charakter der tabischen Krisen.

W. Lehmann-Stettin.

Professionelle Dermatitiden, von P. Jourdanet. (Lyon méd., 1911, S. 1001.) Im Anschlusse an Jacquets und seine Arbeit über Gewerbeekzeme in den Annal. d. derm. et syph., 1911, Nr. 1 weist Jourdanet nochmals auf die große Rolle, die der Überreizung des Magendarmtraktes zufällt, hin. Außerdem bespricht er die ätiologische Bedeutung des Juckens und Kratzens und besonders der Erregung des Zentralnervensystems. Er hat eine Reihe von Kranken beobachtet, bei denen das Ekzem regelmäßig im Anschlusse an Gemütsemotionen auftrat. Schließlich streift der Verfasser noch die forensische Bedeutung seiner Untersuchungen. Richard Frühwald-Leipzig.

Experimentelle Untersuchungen über den Bakterienreichtum der Haut Gesunder und Hautkranker und die Beeinflussung desselben durch einige physikalische und chemische Prozeduren, von S. Hidaka-Breslau. (Med. Klinik, 1911, Nr. 44.) Mittels Pinsels aus Platindrähten wurde ein Stück Haut von 1 qcm Größe gründlich abgeschabt und hiermit Bouillon infiziert. Auszählung der auf Agar-Agar gewachsenen Kulturen ergab als Durchschnittsbakteriengehalt für 1 qcm Rückenhaut 1520 Keime. Die Gesichtshaut ist bedeutend bakterienreicher. Ein Unterschied zwischen Hautkranken und Hautgesunden ließ sich hiermit nicht feststellen. Die Haut der Männer ist bakterienreicher als die der Frauen, diese wieder wie die der Kinder unter 14 Jahren. Magere Menschen mit talgarmer, rauher Haut haben höhere Keimzahlen als fette mit talgreicher Haut.

Besonderes Interesse bietet ferner die Feststellung, daß gewöhnliche Reinigungsbäder nicht eine Verminderung, sondern eher Vermehrung des Hautbakteriengehalts veranlassen, falls nicht nach dem Bade eine Abgießung mit reinem Wasser erfolgt.

Quarzlampenbestrahlung (15 cm Distanz, eine Minute Dauer) setzt die Hautflora um das Zehnfache herab, nicht dagegen Uviollampenbestrahlungen.

Salbenverbände haben eine enorme Bakterienvermehrung zur Folge, und zwar fette Salben mehr als Pasten. Essigsaure Tonerde als Zusatz zum feuchten Verbande, Salben- und Pastenverband geprüft, zeigte in Form der wäßrigen Lösung eine zehnfach stärkere keimtötende Wirkung als in Form der Salbe und eine 200fach stärkere als in Form der Paste.

Spiritusverbände bewirken in sieben Stunden eine Keimverminderung im Verhältnis von 1 : 0,004—0,008. Arthur Schucht-Danzig.

Verschiedenes.

Von der Académie des sciences zu Paris wurden u. a. nachfolgende Arbeiten durch Preise ausgezeichnet: Dr. G. Faroy, Paris, Le pancreas et la parotide dans l'hérédosyphilis du foetus et du nouveau-né; Dr. M. Duvoir, Paris, Etude sur la variolo-vaccine.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

20. Januar 1912 | Nr. 3 | Band 54

Aus dem St. Ludwig-Hospital in Turin.

Beitrag zum Studium des sogenannten „Granuloma annulare" (R. Crocker).

Von

Privatdozent Karl Vignolo-Lutati.

(Mit 4 Abbildungen.)

Die Uneinigkeit, welche noch unter den nicht zahlreichen Autoren über die nosologische Deutung des sogenannten „Granuloma annulare" von R. Crocker herrscht, welches auch heute noch mit verschiedenen, nicht einer bestimmten Auffassung der Dermatose selbst entsprechenden Namen bezeichnet wird, hat mich dazu veranlaßt, zu diesem interessanten Gegenstand durch eine eigene Beobachtung einen Beitrag zu liefern.

M. C., 13 Jahre alt, aus Turin, Putzmacherin. Nichts Bemerkenswertes in der hereditären Anamnese. Vater und Mutter lebend und gesund; zwei Geschwister sind lebend und gesund; Pat. ist die Letztgeborene. Die Mutter hatte angeblich keine Aborte; die Geburten verliefen normal. Pat. war stets etwas kränklich und schwächlich; hat aber, außer den gewöhnlichen Exanthemen, keine schweren Krankheiten durchgemacht. Auch in der Adoleszenz hat Pat. stets ein im Vergleich zu dem blühenden Gesundheitszustande der übrigen Glieder der Familie auffallend schwächliches Aussehen gehabt. Skelett- und Muskelsystem normal; Fettpolster schwach entwickelt. Die Zähne sind regelmäßig angeordnet, aber wenig widerstandsfähig. Pat. ist sehr blaß; sie menstruierte noch nicht. Aus der Untersuchung der inneren Organe ergibt sich nichts Anormales. Pat. hat eine leicht reizbare Gemütsstimmung.

Vor einem Jahre merkte Pat., daß sich auf dem Rücken ihrer linken Hand, und zwar entsprechend der metakarpo-phalangealen artikulären Linie des kleinen Fingers, ohne daß Schmerzen oder Juckreiz aufgetreten wären, eine rosige fünfpfenniggroße Erhabenheit entwickelt hatte. Diese von der umgebenden gesunden Haut scharf abgegrenzte Erhabenheit, welche in schleichender Weise entstanden war, so daß Pat. nichts Näheres über den Beginn des Prozesses angeben konnte, dehnte sich im Laufe

Digitized by Google

von sieben Monaten langsam aus, ohne irgend welche Störungen hervorzurufen, und erreichte somit unten die erste Phalanx des kleinen und des Ringfingers. Pat. gibt an, daß bei diesem fortschreitenden Sichausdehnen des Prozesses in exzentrischer Richtung, die Effloreszenz stets an der Peripherie erhabener und stärker gerötet erschien als im Zentrum.

Als ich zum erstenmal untersuchte, bot die Dermatose folgende Charaktere dar. In der dorsalen Gegend der linken Hand, in der Nähe der dem kleinen und dem Ringfinger entsprechenden artikulären metakarpo-phalangealen Linie, beobachtete man einen unregelmäßig eiförmigen, fast mandelgroßen Fleck, der sich unten bis zur dorsalen Gegend

Fig. 1.

des Fingers selbst ausdehnte und auch die interdigitalen Räume interessierte. Bei genauerer Inspektion sah man, daß dieser Fleck von der umgebenden gesunden Haut durch einen rötlichen Wulst scharf abgegrenzt war, welcher sich nach dem Zentrum hin abflachte, so daß dieses eingesunken erschien. Der periphere Rand, der somit dem Fleck ein ringförmiges Aussehen verlieh, erschien an einzelnen Stellen erhabener als an den übrigen; seine Oberfläche erschien an einigen Stellen fast gleichmäßig glatt und glänzend, an anderen hingegen mit bald anhaftenden, bald sehr locker ansitzenden Schuppen bedeckt. Bei der Palpation erwies er sich von ziemlich harter Konsistenz und konnte samt dem ganzen Fleck zu einer Falte aufgehoben werden; er war über das Unterhautgewebe verschiebbar, so daß man den introdermatischen Sitz der

Digitized by Google

Läsion erkennen konnte. Das zentrale Areal des Flecks, das wie schüsselartig ausgehohlt erschien, hatte ein von demjenigen der normalen Haut verschiedenes Aussehen. Es hatte eine nicht gleichmäßige rote Farbe, viel blässer als die Randzone; die Hautfurchen waren ausgesprochener; die Oberfläche war hier und da mit mehr oder minder anhaftenden aber dünnen Schuppen bedeckt; bei der Betastung zeigte es eine übernormale Konsistenz. Bei der Diaskopie und der Zerrung wurde die Farbe des Fleckes sowohl im zentralen Teil wie an der Peripherie viel blässer, ohne jedoch ganz zu verschwinden.

Pat. zeigte zu gleicher Zeit auf der dorsalen Gegend der ersten Phalanx des Mittelfingers derselben Hand einen rundlichen fünfpfenniggroßen erythematösen Fleck, welcher an keiner Stelle erhaben erschien, aber von der umgebenden gesunden Haut deutlich abgegrenzt war. Bei der Diaskopie verschwand er fast gänzlich; bei der Palpation zeigte er eine unwenig übernormale Konsistenz. Pat. behauptete, sie habe das Auftreten dieses zweiten Fleckes erst vor zwei Wochen gemerkt, konnte aber infolge der subjektiven Schmerzlosigkeit des Fleckes nicht die genaue Zeit des Beginnes des Prozesses angeben.

Um den Verlauf der Dermatose verfolgen zu können, hielt ich die Patientin ungefähr drei Monate, ohne irgendwelcher lokalen noch allgemeinen Behandlung, unter meiner Beobachtung. Ich konnte somit feststellen, daß der kleinere jüngere Fleck sich ganz langsam in exzentrischer Richtung ausdehnte und dabei eine Tendenz zeigte, im Zentrum abzublassen und sich zu erschöpfen, während er an der Peripherie stärker gerötet und über das Niveau der umgebenden gesunden Haut erhabener erschien. Bei dem größeren Fleck schien es mir keine weitere zentrifugale Bewegung mehr beobachten zu können; dagegen bekam ich den Eindruck, als wäre die zentrale Depression im Vergleich zur Erhabenheit des Randes noch ausgesprochener geworden: die Oberfläche des Fleckes zeigte in ihrer ganzen Ausdehnung keine beachtenswerten Veränderungen.

Die Besonderheiten dieses Falles, d. h. der topographische Sitz der auf die dorsale Gegend der Hand umschriebenen Läsion, der schleichende Beginn der Effloreszenz, welcher, wie ich bei dem zweiten Fleck feststellen konnte, sich zuerst durch eine morphologisch erythematöse Phase äußerte und dann in ein papuloidknotiges Stadium überging, besonders ausgesprochen gegen die Peripherie der Effloreszenz, wo diese in ihrem langsamen Verlauf dazu neigte, sich auszudehnen und infolgedessen eine ringartige Gestalt anzunehmen, auch infolge einer gleichzeitigen Neigung dazu, sich im Zentrum zu erschöpfen, legten mir den Gedanken nahe, Diagnose auf Granuloma annulare zu stellen. Zwecks

Digitized by Google

Sicherstellung der Diagnose exzidierte ich in der Nähe des oberen Randes des größeren Fleckes einen Hautstreifen, welcher einen Teil der gesunden Zone, den erhabenen Rand und eine Portion der zentralen Zone der Effloreszenz in der ganzen Dicke umfaßte.

Wegen dem kränklichen Aussehen der Pat. leitete ich eine Behandlung mit subkutanen Einspritzungen von kakodylsaurem Natrium ein: dieselbe übte in kurzer Zeit einen günstigen Einfluß nicht nur auf das Allgemeinbefinden, sondern auch auf den Verlauf der Dermatose aus. Ich konnte in der Tat der klinischen Heilung der Dermatose beiwohnen, indem nach zwei Monaten der kleinere Fleck gänzlich geheilt war, ohne sichtbare Spuren zurückzulassen, während der größere Fleck erst im Laufe von fünf Monaten ausheilte und eine kleine atrophische Vertiefung hinter sich ließ.

Histopathologische Untersuchungen.

Die histologische Untersuchung des exzidierten, in Alkohol fixierten und in Paraffin eingebetteten Stückes ergab interessante Unterschiede zwischen der dem peripheren Wulst und der der zentralen Vertiefung entsprechenden Zone.

Die Epidermis hebt sich an der Übergangsstelle vor der gesunden Haut zum peripheren Wulst fast steil empor; obwohl an dieser Emporhebung zusammen mit dem Derma die ganze Epidermis teilnimmt, beobachtet man jedoch, daß der vorwiegende Teil der Erhabenheit durch eine bedeutende Verdickung der Hornschicht vertreten ist, welche letztere vier- bis fünfmal so dick wie normalerweise erscheint. Diese verdickte Hornschicht, welche die ganze Oberfläche der Erhabenheit in gleichmäßiger Weise bekleidet, wird in dem Maße, wie sie nach der Vertiefung schreitet, wieder dünner, und zwar in fast brüsker Weise, so daß die Schicht eine fast normale Dicke erreicht. Dort, wo die Hornschicht am meisten verdickt ist, kann man, wenn man unter starker Vergrößerung untersucht, nachweisen, daß die Schicht in ihrer Kompaktheit nicht aus homogenen Lagen zusammengesetzt ist, sondern deutliche Spuren von schlecht gefärbten Kernen (Parakeratose) zeigt, während man, wenn man sich der Vertiefung nähert, wo die Hornschicht wieder dünner wird, sieht, daß die Kernspuren verschwinden, die Kompaktheit abnimmt und die Hornschicht an einzelnen Stellen die Tendenz zeigt, sich an der Oberfläche an dünnen Lamellen abzuschilfern. Die granulöse Schicht erscheint nicht hyperplastisch; an den Stellen, wo die Hornschicht am meisten verdickt ist, zeigen die einzelnen granulösen Zellen eine funktionelle Hyperaktivität, d. h. sie sind reicher an Eleidin (Eosin, Orange, Toluidinblau). Das Malpighische Netzwerk ist in der der Erhabenheit entsprechenden Zone

Digitized by Google

viel reichlicher entwickelt als in der Zone der Vertiefung: die interpapillären Zapfen sind in der Zone der Erhabenheit groß und verlängert, ebenso wie die entsprechenden Papillen stärker entwickelt sind, während in der Zone der Vertiefung die interpapillären Zapfen und die Papillen eine fast normale Größe zeigen. In der Epidermis, welche sowohl die Erhabenheit wie die Vertiefung bekleidet, beobachtet man nirgends Zeichen von Exoserose oder von Exozytose.

Im Derma beobachtet man bereits bei Untersuchung unter geringer Vergrößerung einen deutlichen Unterschied zwischen der erhabenen und der vertieften Zone. Die Papillen sind in jener viel größer und länger als in dieser, wo sie fast normal sind. Die Kapillargefäße treten in der erhabenen Zone deutlicher hervor, sie sind an dieser Stelle etwas erweitert und von Infiltrationszellen umgeben.

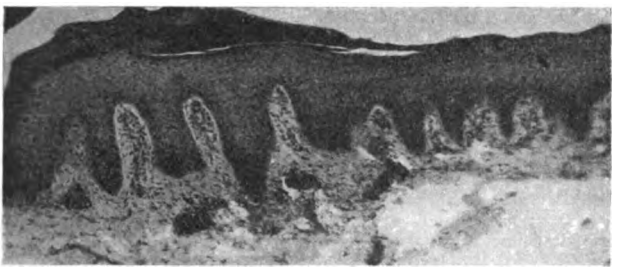


Fig. 2.

Wenn man das subpapilläre, mittlere und tiefe Derma in seiner Gesamtheit untersucht, so beobachtet man, mit leicht sichtbaren Intensitätsunterschieden, sowohl in der peripheren (erhabenen) wie in der zentralen (vertieften) Zone eine Infiltration, welche kein diffuses Aussehen annimmt, sondern auf Herde umschrieben und zwar vorwiegend in Form von fast parallelen Längsstreifen angeordnet erscheint, von denen der oberflächliche hier und da mit dem tiefen durch dünnere vertikale Streifen verbunden ist. Dieser Befund beweist, daß die dermischen Infiltrate im wesentlichen mit dem oberflächlichen und tiefen Gefäßplexus zusammenhängen und sich über die kleinen Vasa communicantia ausdehnen, welche in ascendierender Richtung die beiden genannten Plexus miteinander verbinden. In einigen Präparaten ist jedoch diese streifenweise Anordnung des Infiltrates nur zum Teil nachweisbar, indem der Schnitt die Gefäße nicht in der Längsrichtung, sondern quer trifft, so daß die Infiltration das Aussehen von verschieden großen, unregelmäßig rundlichen, im Gewebe verteilten Herden annimmt.

Unter stärkerer Vergrößerung kann man in der Achse der Infiltra-

Digitized by Google

tionsstreifen oder im Zentrum der rundlichen Infiltrationsherde deutlicher die Anwesenheit von Gefäßen erkennen, welche meistens erweitert sind und in den oberflächlichen Dermaschichten ein kleines, in den tieferen Schichten ein mittleres Kaliber aufweisen. An einzelnen Stellen dehnen sich die Infiltrate nach unten hin aus und umfassen die Glomeruli der Schweißdrüsen, oder folgen nach oben hin streifenartig dem Verlauf des exkretorischen Tubuli der Drüsen selbst.

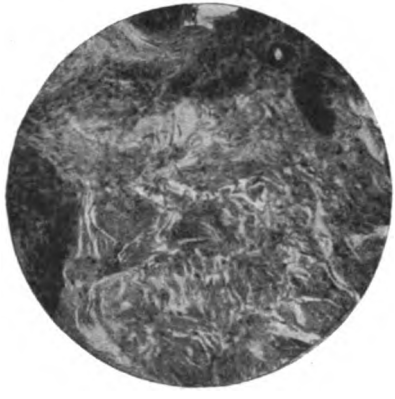


Fig. 3.

Die erweiterten Gefäße erscheinen mehr oder minder alteriert; die Endothelzellen der Blutkapillaren erscheinen aufgequollen, hypertrophisch: ihr Protoplasma zeigt eine ausgesprochene Basophilie; die Zellen ragen, besonders entsprechend ihrem Kerne, in das Gefäßlumen hinein; der Kern erscheint ebenfalls hypertrophisch, eiförmig oder kugelförmig und ist in einigen Zellen gelappt und intensiver färbbar. In einigen Endothelzellen beobachtet man auch einzelne karyomitotische Figuren; dies erklärt die Wucherung der Endothelzellen selbst, welche, wenn sie sich nebeneinander in einer einzigen Schicht anordnen, die vermehrte Oberfläche des erweiterten Gefäßes bekleidet. In einzelnen Herden hingegen, in welchen die Gefäße im Begriff scheinen, sich zu obliterieren, vermehren sich die Endothelzellen durch Apposition sowohl nach dem Gefäßlumen hin wie rings um die Gefäße, wo sie mit den übrigen Elementen gemischt sind, welche die Zellenkonglomerate der Infiltration bilden.

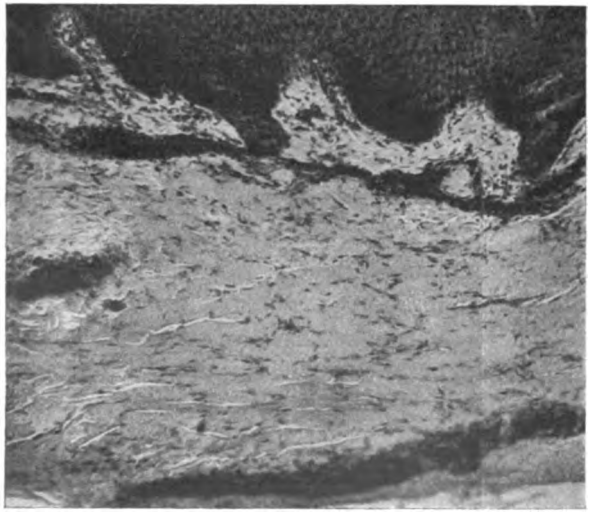


Fig. 4.

Digitized by Google

Bei den tiefer liegenden Gefäßen mit größerem Kaliber hat die Vasodilatation die glatten Muskelfasern auseinander gedrängt, eine Verlangsamung des Blutkreislaufes bewirkt und eine daraus erfolgende Diapedesis hervorgerufen, so daß es sich erklären läßt, daß man hier zwischen den übrigen perivaskulären Infiltrationselementen die Anwesenheit von uninukleierten Leukozyten und einzelner mehr oder minder deutlich erkennbarer Erythrozyten, gemischt mit einkernigen lymphozytoiden und leukozytoiden Zellen beobachtet, welche rein histogenen Ursprungs sind und zwischen einem feinen durch die Zerfaserung der Adventitia entstandenen Netzwerk liegen. An einzelnen Stellen gehen von der Peripherie einzelner Infiltrationsherde dünne Ausläufer aus, bestehend aus spindelförmigen oder sternförmigen Zellen, welche eine fibroblastische Tendenz zeigen.

Auch in den zwischen den verschiedenen Herden perivaskulärer Infiltration gelegenen Herden beobachtet man, zwischen den kollagenen Bündeln zerstreut, fixe chromophile und infolgedessen deutlich hervortretende Bindegewebszellen, was eine hypertrophische und fibroblastische Neigung dieser Elemente beweist.

In keinem Infiltrationsherde konnte ich Plasmazellen noch Riesenzellen beobachten; an der Peripherie einzelner bedeutenderer Herde konnte ich einzelne Mastzellen nachweisen. Man kann im allgemeinen sagen, daß in der erhabenen Zone, wo jüngere Infiltratiosherde vorhanden sind, vorwiegend einkernige Elemente des lymphozytoiden Typus beobachtet werden, während in der vertieften Zone die Elemente mit fibroblastischer Tendenz vorwiegen.

Dieser histologische Befund legt den Gedanken nahe, daß der Prozeß sich mit einer progredierenden zentrifugalen Bewegung abgespielt hat, und daß er, während er in der vertieften Zone zur Heilung neigte, in der dem erhabenen Rande entsprechenden Partie eine größere Aktivität aufweist. Hier beobachtet man übrigens, neben der aktiven Beteiligung der Epidermis, auch ein leichtes Ödem in den kollagenen Bündeln des Dermas, welche infolgedessen etwas angeschwollen im Vergleich zu denjenigen der Vertiefungszone erscheinen, wo sie in ausgesprochenerer Weise ihre normalen azidophilen Eigenschaften (Eosin) aufweisen.

In keinem der von mir untersuchten Infiltrationsherde konnte ich Zeichen von Nekrose oder von Phagozytose nachweisen, was sich durch die Annahme erklären ließe, daß die Infiltrationselemente anstatt eine Neigung zum Zerfall, zur Nekrose zu zeigen, vielmehr dazu neigen, sich zu differenzieren, neue Eigenschaften anzunehmen, wie man aus ihrer fibroblastischen Evolution entnehmen kann. In anderen Worten gesagt,

Digitized by Google

mein histologischer Befund gibt das Bild einer chronischen Entzündung sklerotischen Typus wieder.

Das elastische Gewebe weist in den Dermaschichten der eingesunkenen Zone eine normale azidophile Färbbarkeit (saures Orzein) auf, erscheint aber in dieser Zone, besonders in der Nähe der Infiltrationsherde des mittleren und tieferen Dermas, quantitativ vermindert, während in der der Erhabenheit entsprechenden peripheren Zone, infolge des bereits erwähnten leichtgradigen Ödems des Dermas, die Färbbarkeit der elastischen Fasern, besonders in der Umgebung der Infiltrationsherde, weniger ausgesprochen ist. An keiner Stelle aber ist jene den Elacin eigene Basophilie nachweisbar. In den Infiltrationsherden sind entweder keine elastischen Fasern oder nur kleine, jedoch noch azidophile Fragmente derselben nachweisbar.

Es sei noch hinzugefügt, daß in keinem Infiltrate Bakterien nachweisbar waren.

Allgemeine Betrachtungen.

Da von verschiedenen Autoren das Granuloma annulare R. Crockers verschieden gedeutet und infolgedessen mit verschiedenen Namen belegt wurde, halte ich es für angebracht, zwecks Erörterung des diagnostischen Bildes meines Falles, meine klinischen und histologischen Befunde mit denen der Autoren zu vergleichen, die sich vor mir mit diesem Gegenstand beschäftigt haben.

Abgesehen von den Benennungen, die sich ausschließlich auf den allgemeinen Charakter der Gestaltung, ohne morphologische Angaben (ringed eruption von Colcott Fox; eruption circinée chronique de la main von Dubreuilh) stützen oder auf eine morphologische Auffassung zurückzuführen sind, welche sich auf verschiedene Kriterien stützt, wie das Erythem (erythème iris à forme chronique von Hallopeau) oder die Papel (Lichen annularis von Galloway) oder den Knoten (nodular ringed eruption von Adamson) finden wir, daß andere Autoren sich bei der Benennung der Dermatose nach ihren verschiedenen histologischen Eindrücken gerichtet haben (Granuloma annulare von R. Crocker; erythématosclerose circinée du dos des mains von Audry; tumores benigni sarcoidei cutis von Rasch und Gregersen und von Galewsky; Neoplasie circinée et nodulaire von Brocq; Celluloma annulare von Pernet.)

Daraus erhellt die Schwierigkeit, die Beobachtungen der verschiedenen Autoren miteinander in Einklang zu bringen, da dieselben nicht ein vollständiges Bild darstellen, sondern, während sie in einigen gemeinsamen von allen anerkannten Affinitätscharakteren (Sitz, Gestalt, chronischer Ver-

Digitized by Google

lauf) miteinander übereinstimmen, in ihren Beschreibungen verschiedene morphologisch-klinische und histologische Angaben liefern, was darauf zurückzuführen ist, daß die langsam verlaufende Dermatose in verschiedenen Phasen ihrer Evolution getroffen wurde.

Der erste Fall, der von Colcott Fox unter dem Namen Ringed eruption 1895 veröffentlicht wurde, bezog sich auf eine auf dem Handrücken in der Nähe der metakarpo-phalangealen artikulären Linie des Zeigefingers lokalisierte Effloreszenz, bestehend in einer glatten Erhabenheit, welche eine Zone normal aussehender Haut ringartig umschloß.

Der von Dubreuilh beschriebene Fall von Eruption circinée chronique de la main bestand klinisch in auf der dorsalen Gegend der metakarpo-phalangealen Artikulationen des Zeige- und Mittelfingers lokalisierten ringförmigen Effloreszenzen, welche aus einem peripheren erhabenen Rande und einer zentralen fast normalen Hautzone zusammengesetzt waren. Was den histologischen Befund anbelangt, so war die Epidermis normal und im mittleren Derma war ein aus Zellen des bindegewebigen Typus gebildeter Infiltrationsherd vorhanden, welcher im Zentrum Zeichen von Zellennekrose ohne Beteiligung des kollagenen und elastischen Gewebes aufwies.

Die von Galloway als Lichen annularis beschriebene Dermatose hat auf der Rückenseite der Finger ihren Sitz und bestand aus kleinen, glatten, rosigen, harten Ringen. Histologisch erschien die Epidermis des erhabenen Ringes normal: in den mittleren und tiefen Dermalagen beobachtete man eine dichte Infiltration mit Erscheinungen einer Zellennekrose; das kollagene und elastische Gewebe waren normal.

Das von Radcliffe Crocker beschriebene Granuloma annulare war auf den Handrücken lokalisiert und aus kleinen harten schmerzlosen bläulichroten Knoten gebildet, welche zu zirzinierten und ringartigen Gebilden zusammenflossen. Histologisch war die Epidermis nicht normal; die Hornschicht und das Malpighische Netzwerk waren hypertrophisch. Im Derma beobachtete man eine dichte Infiltration in der Umgebung der erweiterten Gefäße, der Drüsen und der Follikel.

Die Tumores benigni sarcoidei von Rasch und Gregersen waren auf den Handrücken in der Nähe der Gelenklinien lokalisiert und bestanden aus erhabenen, harten, rosigen Ringen. welche je eine glatte oder etwas atrophische Hautzone umringten. Histologisch beobachtete man, besonders im mittleren Derma, eine dichte Infiltration des neoplastischen Typus, bestehend aus strangartig rings um die Gefäße angeordneten Bindegewebszellen. Im tiefen Derma waren kleine Nekrosenzonen nachweisbar. In dem Infiltrationsherde war kein Elastin vorhanden.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Tardive syphilitische erosive Papeln an den Genitalien eines Weibes fast 24 Jahre nach der Infektion (+ Spirochaete pallida, + Wassermann).

Von

Dr. med. Ludwig Nielsen,
Oberarzt am Friedrichsberg-Hospital, Kopenhagen.

Vor ein paar Jahren habe ich in dieser Zeitschrift[1]) einige Fälle von Fourniers[2]) tardiven sekundären (bukkalen papulo-erosiven) Syphiliden bzw. 9, 11 und 13 Jahre nach der Infektion mitgeteilt. In dem einen von diesen, der nach der Entdeckung der Spiroch. pall. beobachtet wurde, ließ sich dieses Bakterium im Abschabsel des Exanthems nachweisen, ein gültiger Beweis der Infektiosität desselben.

Vor kurzem habe ich nun in meiner Abteilung der Poliklinik für Unbemittelte nachstehenden Fall von tardiven erosiven Papeln an den Genitalien beobachtet, welcher ganz besonders interessant ist, indem er so spät wie fast 24 Jahre nach der Infektion aufgetreten ist.

Marie F., jetzt 42 Jahre alt, mit einem Arbeiter verheiratet, wurde im Februar 1888 im Vestre-Hospital (Prof. Bergh) wegen des ersten Ausbruches von Syphilis mit 30 Schmierkuren à 5 Gramm behandelt. Laut freundlicher Mitteilung aus diesem Hospital geht aus ihrem Journal für das genannte Jahr hervor, daß die Symptome, welche drei Monate früher angefangen hatten, folgende waren: Oedema durum labii maj. sin., Papulae mucosae labb. maj. et min. et femorum, Adenitis universalis, Syphilides papulatae et annulatae, Prodromata. — Pat. hat später keinen Ausbruch bemerkt, ist auch nicht behandelt worden. Verheiratet seit elf Jahren, niemals Partus, aber dreimal Abortus, das erstemal vor ungefähr elf Jahren, später zweimal in den folgenden sechs Jahren.

Ende August dieses Jahres (1911) stellte Pat. sich in meiner Abteilung der Poliklinik für Unbemittelte ein wegen einer Genitalaffektion, die sich 14 Tage früher gezeigt hatte. Es fand sich dann auf dem linken

[1]) Ludw. Nielsen, Papulo-erosive Syphilide in Mund und Schlund mit Nachweisung von Spiroch. pall. ungefähr neun Jahre nach der Infektion. Monatshefte f. prakt. Dermatologie, 1909, Bd. 48, S. 53.

[2]) A. Fournier, Syphilis secondaire tardive. Paris, 1906.

Digitized by Google

Lab. maj. nach oben und auf dem rechten Lab. maj. in der Mitte eine ungefähr erbsengroße, flache, leicht hyperämische und erodierte Papel, die in allen Beziehungen den Charakter der gewöhnlichen sekundären syphilitischen Papeln darbot. In der rechten Leiste eine kleine erbsengroße, indolente Drüse, eine ähnliche in der Regio submandibularis und eine etwas größere in der linken Achselhöhle. Übrigens fand sich kein anderes Zeichen von Syphilis, weder an der Haut, noch an den Schleimhäuten, kein Leukoderma, wie auch die übrige Organuntersuchung negativ war. Urin ohne Eiweiß. Abgesehen von etwas Müdigkeit war Pat. sonst vollkommen gesund. Im Abschabsel aus den Papeln wurden zahlreiche Spiroch. pall. nachgewiesen, und die Wassermann-Reaktion war stark positiv. Durch Einreibungskuren mit Ung. hydrargyri und Kalomelpuder verschwanden die Papeln schnell.

Der Gatte der Pat., welcher früher venerische Krankheiten verneinte, gab an, vor ungefähr einem Jahre wegen eines Genitalgeschwüres, welches nicht von generellen Symptomen gefolgt wurde, lokal behandelt zu sein (verneint Coit. extramatrimon.). Die Wassermann-Reaktion soll ungefähr zehn Wochen später und wiederum drei Monate später negatives Resultat gegeben haben. Bei einer Untersuchung Ende August d. J. in der Poliklinik fand sich nur eine unbedeutende, nicht infiltrierte, oberflächliche Narbe am Präputium, keine hervortretenden Drüsenschwellungen und im ganzen kein Zeichen von Syphilis. Wassermann —.

Es läßt sich also hier dokumentieren, daß Pat. wirklich zu Ende 1887 (wahrscheinlich im November) Syphilis erworben hat, und fast 24 Jahre später — August 1911 — werden erodierte syphilitische Papeln an den Genitalien von dem ganz gewöhnlichen sekundären Typus mit Spiroch. pall. und von positiver Wassermann-Reaktion begleitet, nachgewiesen, so daß man glauben sollte, einer ganz frischen Infektion gegenüberzustehen. Aber außer diesen unbedeutenden Papeln, deren geringe Zahl (im ganzen zwei) eben bei den tardiven sekundären Syphiliden nicht ungewöhnlich ist, kein anderes Zeichen von dieser Krankheit, wenn man nicht hierzu die ganz vereinzelten und sehr unbedeutenden Drüsenschwellungen und einiges Gefühl von Müdigkeit rechnen will. Was ebenfalls Interesse darbietet, ist, daß sich — wenigstens nach der eigenen Aussage der Pat. — niemals früher ein Rückfall gezeigt hat, obgleich sie nur ein einziges Mal eine antisyphilitische Behandlung durchgemacht hat, so daß $23\,^1/_2$ rezidivfreie Jahre vor diesem, also dem ersten, Rückfalle verlaufen sein sollen.

Selbstverständlich liegt es nahe, an die Möglichkeit einer Reinfektion mit Syphilis zu denken, namentlich weil ihr Mann vor einem Jahre wegen

Digitized by Google

eines Geschwürs an den Geschlechtsteilen in Behandlung war. Da dies aber nach seiner Aussage ganz lokal war und die WASSERMANN-Reaktion dreimal zu verschiedenen Zeiten, ohne daß er einer antisyphilitischen Behandlung unterworfen gewesen war, negatives Resultat gab, und da ferner bei der Pat. selbst keine anderen Symptome vorliegen als die früher genannten, ist es das natürlichste, die Papeln als tardive sekundäre Syphilide aufzufassen, um so mehr als eine wirkliche Reinfektion mit Syphilis zu den seltensten klinischen Wahrnehmungen gehört. In der Tat zeigen auch die Aborte, welche den Ausgang aller drei Graviditäten der Pat. gebildet haben, zum erstenmal vor ungefähr elf und zum letztenmal vor ungefähr sechs Jahren, daß die Krankheit niemals definitiv erloschen ist. Übrigens haben BALZER und BURNIER[1]) im Februar d. J. in der Französischen dermatologischen Gesellschaft einen Kranken mit erodierten sekundären Papeln am Penis und Skrotum mit zahlreichen Spiroch. pall. sogar fast 35 Jahre nach der Infektion vorgestellt. Also können „sekundäre" und stark ansteckende Syphilide, im Gegensatz zu der früheren gewöhnlichen Annahme, eine unbegrenzte Anzahl Jahre nach der Infektion auftreten.

Betreffs der Lokalisation der tardiven sekundären Syphilide fand FOURNIER, daß etwa die Hälfte (541) von ungefähr 1100 Fällen, gesammelt unter ungefähr 19000 eigenen Observationen von Syphilis jeder Art, ihren Sitz in den in bezug auf Ansteckung wichtigsten Regionen, nämlich im Munde und auf den Geschlechtsteilen, hatten. Unter den genannten Syphiliden mit diesen Lokalisationen zeigten sich die bukkalen ungefähr viermal (434 Fälle) häufiger als die genitalen (107 Fälle), was sicherlich zu einem sehr großen Teile mit einer Irritation der Mundschleimhaut durch den Genuß von Tabak in Verbindung steht. Von den 107 in der Genitalregion lokalisierten Fällen kam sonderbar genug die allergrößte Anzahl, nämlich 102, bei Männern vor und nur 5 Fälle bei Weibern, ein Verhalten, für welches FOURNIER keinen genügenden Grund nachweisen kann, wenn auch die durchgehend geringere Obacht und Selbstwahrnehmung der Weiber rücksichtlich der Affektionen ihrer Geschlechtsteile zur Erklärung dieses Verhaltens herangezogen werden kann[2]). Die fünf Fälle

[1]) BALZER et BURNIER, Syphilides papulo-érosives récidivantes du scrotum et du pénis survenant après plus de trente ans de syphilis. Bull. de la Société française de Dermatologie et de Syphili gr., Février 1911, Nr. 2, S. 90.

[2]) In weiland Prof. BERGHS sehr detaillierten Jahresberichten aus der zweiten Abteilung des Allgemeinen Hospitals und später aus dem Vestre-Hospital wird regelmäßig, schon von 1868 an (bis zu ihrem Aufhören Ende 1903), unter pseudovenerischen Affektionen das Vorkommen von kleinen, flachen, erodierten Papeln, einzelnen oder mehrzähligen, als ein häufiger Fund in der Ano-Genitalregion prostituierter Weiber erwähnt. In der Mehrzahl der Fälle wurden sie bei Patienten, welche früher an Sy-

Digitized by Google

Fournier's bei Weibern zeigten sich zwischen vier und neun Jahren nach der Infektion. Ein Fall von genitalen tardiven sekundären Syphiliden bei einem Weibe fast 24 Jahre nach der Infektion, wie der hier mitgeteilte, welcher außerdem in allen Beziehungen wohl dokumentiert ist, gehört somit zu den großen Seltenheiten; jedenfalls kommt er äußerst selten zur Observation.

Während somit diese, hauptsächlich aus den späteren Jahren stammenden, klinischen (und bakteriologischen) Untersuchungen über die tardiven sekundären Syphilide zeigen, daß oberflächliche, ansteckungsfähige Exanthemformen, ganz wie in der frühen Periode der Krankheit, weit von dieser entfernt und bisweilen sogar eine unbegrenzte Anzahl von Jahren nach der Infektion auftreten können, haben auch Untersuchungen aus der letzten Zeit mittels der Wassermann'schen Reaktion gezeigt, daß die Syphilis im ganzen, weit öfter als früher vermutet, sich in einer unbegrenzten Jahreszahl latent hält oder innere lebenswichtige Organe angreift. Die klinische Verwertung der Resultate der biologischen Arbeiten der späteren Jahre entlarvt somit die Syphilis als eine sowohl für den Kranken selbst, als auch, wegen der Dauer ihrer Ansteckungsfähigkeit, für seine Umgebung noch ernsthaftere Krankheit, als früher angenommen. Aber auch die Therapie hat in der Wassermann'schen Reaktion eine wertvolle Hilfsleistung erhalten, und die Arbeiten der jüngsten Zeit haben auch hier zu sehr bedeutsamen Resultaten geführt, wenn auch noch nicht zu der erwarteten, wirklich rationellen Bekämpfung der Krankheit.

---

philis gelitten hatten, beobachtet, und sie wurden dann am häufigsten in den ersten Jahren nach der Infektion gesehen; aber in fast jedem Jahresbericht werden doch nicht wenige Fälle angeführt, wo die Infektion 4—10, bisweilen sogar 10—16 Jahre zurücklag. Schon im Jahresberichte für 1877 (in der Anmerkung) werden sie mit Fournier's rezidivierendem, induriertem Pseudoschanker zusammengestellt, ebenso wie auch im Jahresberichte für 1891, in welchem sie zum Teil als post- oder parasyphilitische Fälle aufgefaßt werden. Der Begriff „tardive sekundäre Syphilide" war damals noch nicht bekannt. Als Sekundararzt am Vestre-Hospital vor vielen Jahren habe ich öfter bei früher syphilitischen Patienten diese spät auftretenden Papeln an den Geschlechtsteilen, die in allen Beziehungen das Aussehen sekundärer syphilitischer Papeln darboten, gesehen. Es kann nicht bezweifelt werden, daß ein großer Teil der von Prof. Bergh erwähnten Papeln wirklich tardive sekundäre Syphilide gewesen sind, deren Vorkommen an den Genitalien der Weiber somit sicherlich bei weitem nicht so selten ist, als aus der Statistik Fournier's hervorgeht, wenigstens bei prostituierten Weibern, bei welchen ihr Vorkommen vermeintlich mit der bei diesen Weibern professionell häufigen Irritation der Geschlechtsteile in Verbindung zu stehen scheint, und bei welchen sie schwerlich wegen der regelmäßigen Visitation unbemerkt verlaufen konnten.

Digitized by Google

Aus der Praxis.

Zur Behandlung der Zystitis mit Diplosal.

Von

Dr. Arthur Schwenk.

Die Behandlung der Zystitis ist je nach ihrer Ursache und besonderen Beschaffenheit eine verschiedene. Es ist nicht der Zweck dieser kurzen Mitteilung, im allgemeinen die Behandlung der Zystitis zu erörtern. Ich beabsichtige vielmehr nur, die Aufmerksamkeit der Herren Kollegen auf ein neueres Präparat, das Diplosal, zu lenken, dessen ich mich in letzter Zeit häufig bei der innerlichen Behandlung der Zystitis mit auffallendem Erfolge bediente.

Man kommt bekanntlich bei der Zystitis häufig in die Lage, anstatt oder neben der lokalen Behandlung mit Injektionen und Spülungen ein internes Antiseptikum zu verordnen. In leichteren Fällen wird man neben entsprechender Diät, Wärmeapplikation usw. damit völlig auskommen. Mit Vorliebe wurde bisher in derartigen Fällen das Salol verwandt, der Salizylsäure-Phenyläther, der im Darm in Phenol und Salizylsäure aufgespalten wird. Da die Verordnung dieses Medikaments aber oft über längere Zeit erfolgen muß, wird man immerhin die Möglichkeit einer Phenolvergiftung ins Auge fassen müssen.

Im Jahre 1908 berichtete nun Minkowski[1]) über seine günstigen Erfahrungen mit Diplosal bei der Behandlung des Gelenkrheumatismus. Er erwähnte dabei gleichzeitig, daß er auch in mehreren Fällen von Zystitis mit der Anwendung des Diplosals gute Erfolge erzielt habe. Er sagt in dieser Arbeit, daß man das Diplosal, eine Salizylo-Salizylsäure, auffassen könne „entweder als ein Salol (Phenylsalizylsäure), bei dem die giftige Karbolsäure durch Salizylsäure ersetzt ist, oder als Aspirin (Azetylsalizylsäure), in der an Stelle der unwirksamen Essigsäure noch einmal die wirksame Salizylsäure getreten ist".

Auch die guten Erfolge, die Schläfli[2]) in der gynäkologischen Praxis bei postoperativen Blasenentzündungen mit Diplosal erzielte, ermutigten mich zu einer ausgedehnteren Anwendung des Präparates.

---

[1]) Minkowski, Zur medikamentösen Therapie des akuten Gelenkrheumatismus. Therapie der Gegenwart, 1908, September.

[2]) Schläfli, Zur Behandlung der Zystitis, speziell der schweren postoperativen Blasenentzündung. Zeitschrift für gynäkolog. Urologie, Bd. 2, Heft 1.

Digitized by Google

Ich habe das Medikament bei Pyelitis, Zystitis, Urethritis nichtgonorrhoischen und gonorrhoischen Ursprunges, im akuten wie im chronischen Stadium angewandt. Über Störungen von seiten des Magen- und Darmkanals, wie Übelkeit, Erbrechen oder Diarrhöe hatten die Patienten nicht zu klagen; sie nehmen Diplosal gern ohne jeden Widerwillen. Schädliche Nebenwirkungen auf Herz und Nieren habe ich nicht beobachtet.

In Fällen von chronischer Zystitis bei Prostatahypertrophie, wo die anderen gebräuchlichen Antiseptika im Stiche ließen, half Diplosal sehr häufig in frappanter Weise. Unter dem Gebrauche klärte sich der vorher sehr stark getrübte Urin zusehends; Hand in Hand damit ging die subjektive Besserung im Befinden der Kranken. Ebenso empfehlenswert scheint mir das Präparat bei akuter Urethrozystitis gonorrhoica; der lästige Harndrang läßt bald nach, und der Urin wird nach nicht langer Zeit klar. Sehr gern gab ich bei akuter Gonorrhöe der vorderen Harnröhre prophylaktisch das Diplosal, um ein Weiterfortschreiten des gonorrhoischen Prozesses auf die oberen Partien des Harnapparates zu verhindern. Chronische, nichtgonorrhoische Urethritiden, Kolipyelitis und Kolizystitis, ja sogar tuberkulöse Zystitiden wurden von Diplosal äußerst günstig beeinflußt. Das Präparat verdient das Interesse der Urologen.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1911, Heft 12.

Beitrag zur Klinik und Histopathologie der lokalen Salvarsanhautreaktion (L. S. H. R.), von Friboes. Im Verfolg der von Pincus gemachten Beobachtungen über die hyperämischen Hautreaktionen nach Salvarsan teilt der Verf. seine Erfahrungen mit. Schon nach $^1/_2$—1 Std. nach der Injektion wird eine Rötung der vorhandenen Effloreszenzen konstatiert, die nach 3—6 Std. sich verstärkt. Neben der stärkeren Rötung der vorhandenen Effloreszenzen traten auch neue makulöse oder annuläre Formen auf, die sich ev. über den ganzen Körper verbreiten, neben der bekannten Herxheimer-Reaktion, die darin bestand, daß der Rumpf und zum Teil auch die Extremitäten übersät waren mit verschieden großen 2—3 mm erhabenen, lebhaft rot oder dunkelrot gefärbten runden oder ovalen, zum Teil konfluierten quaddelartigen Effloreszenzen, deren Rand meist scharf, öfters aber auch unscharf oder mit feinen Ausläufern gegen die umgebende Haut abgegrenzt war. Als die Ursache hält der Verf. eine besonders kräftige Salvarsaneinwirkung auf die Spirochäten, wenn auch in manchen Fällen die hyperämisierende Komponente des Salvarsans als steigendes Agens in Betracht kommt. Die L. S. H. R. tritt häufiger und frühzeitiger als die lokale Quecksilberhautreaktion (L. Hg. H. R.) auf und ist histologisch gekennzeichnet durch ein Ödem und stärkere Gefäßfüllung, durch eine chemotaktische Anlockung von polynukleären neutrophilen Leukozyten, sowie Schwellung und Kernteilung der Endothelien dieser Gefäße.

Digitized by Google

Fall von Thromboses à distance nach intravenöser Salvarsaninjektion, von Clingestein. Mädchen, 22 Jahre, im Dezember 1910 infiziert, kommt 3 Monate später in Behandlung mit kolossal nässenden Papeln ad vulvam et anum, makulösem Exanthem, Plaques auf beiden Tonsillen, Polyscleradenitis universalis, Alopecia spezifica. Wassermann ++. Innere Organe ohne Befund. Salvarsaninjektion 0,5 in die Vena mediana cubiti. 4 Tage später klagt Pat. über Reißen im rechten Oberschenkel. An der bezeichneten Stelle nichts Pathologisches; Schmerzen werden größer; es zeigt sich eine handtellergroße zirkumskripte Schwellung deutlich infiltriert, etwas derbes Ödem. Der ganze Oberschenkel geschwollen. Die Haut des Schenkels zeigt entzündliche Röte. Temp. 36,3—37,5—37,8. Inzision in Narkose: Auf dem Muscul. vastus lateralis findet sich erfüllt von eitriger Flüssigkeit eine Abszedierung, deren Untergrund eine zirka zweimarkstückgroße, bröcklige, nekrotische Partie von fahlem Aussehen darstellt, die erkrankte Faszie. Ein bestimmtes Gewebe, von dem die Nekrotisierung ausging, Arterie oder deren Umgebung, läßt sich nicht ermitteln. Es ist ein von der Faszie ausgehender Nekrosenherd. Kulturen bleiben steril. Im aufgefangenen Abszeßinhalt wurden Spuren von Arsen gefunden. Es findet ein Fortschreiten der Nekrose statt, trotz penibelster Behandlung. Der Abszeß schließt sich erst nach 4 Monaten. Es muß angenommen werden, daß das Arsen als schädigendes Moment in einer Gefäßbase vielleicht an einem Orte minoris resistentiae eine Entzündung erregt und die beschriebene Nekrose ausgelöst hat. In einer Anmerkung bemerkt Hartung, daß Ehrlich nicht an einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der fraglichen Nekrose und Hata glaubt.

Chrzelitzer-Posen.

American Journal of Dermatology and Genit.-Urinary Diseases.

Bd. 15, Nr. 12.

Über das Zystoskop, von Leo Burger-New York. Physiologisch-optische Studie mit Illustrationen.

Exzentrizitäten bei Salvarsan, von F. McKelvey Bell-Ottawa. Den Unklarheiten, die jetzt noch über den Ausfall der Wassermann-Reaktion nach Salvarsaninjektionen bestehen, darf man nicht zu viel Bedeutung beimessen. Die Optimisten muß man allerdings bedeuten, daß die guten Heilerfolge erst zu Dauererfolgen werden sollen.

Moderne Methoden der Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane, von Leo L. Michel-New York. Nichts Neues.

Wenn Salvarsan nicht hilft, von Estil D. Holland-Hot Springs. Hinweis auf die guten Wirkungen der Salvarsan-Quecksilber-Kombinationsbehandlung.

Gegenwärtiger Stand der Radiumtherapie, von W. H. B. Alkins und F. C. Harrison-Toronto. Bekanntes.

Das Karzinom als Parasitenkrankheit, von H. D. Walker-Buffalo. Der Verf. behandelt den Erdwurm, den Ursprungswirt der Parasiten, als Erreger des Krebses.

Ureterenstein, von Hugh N. McKechnic-Chikago. Nichts Neues.

Nierenspülungen bei Pyklitis, von Ferdinand C. Walsh-San Antonio. Bericht von erfolgreicher Behandlung mittels achtprozentigen Argyvolspülungen in zwei Fällen.

Schourp-Danzig.

Zeitschrift für Urologie.

Bd. 5, Heft 5 und 6.

Beiträge zur Diagnostik und Symptomatologie der Nephrolithiasis, von Reydel. Wenn auch die Radiographie meist die Diagnose auf Nierenstein endgültig

Digitized by Google

sichert, es ist doch die funktionelle diagnostische Untersuchung notwendig, um die Leistungsfähigkeit und Funktionstüchtigkeit der Nieren zu prüfen.

Beiträge zur Chirurgie der Nierensteine, von P. A. Müller. Verf. hat 10 Fälle ohne Todesfall operiert.

Die Röntgendiagnose der Nephrolithiasis, von Hartung. Verf. schildert seine Erfahrungen, die 4,8% Fehldiagnosen ergaben: die Resultate sind ganz befriedigend.

Die Bakterien der normalen Harnröhre des Mannes, von Picker. Verf. wendet sich gegen v. Wahl, der in seiner gleichlautenden Arbeit einen Fall von Gonococcus Neisser ohne Eiter, den Picker demonstriert hatte, als nicht durch echte Gonokokken bedingt ansieht.

Über endourethrale Eingriffe bei chronischer proliferierender Urethritis, von Lohnstein. Verf. hat eine Reihe von neuen Instrumenten durch Louis und H. Löwenstein für endourethrale Eingriffe konstruieren lassen, um besonders solche Formen von chronischer Blennorrhoe, die auf oberflächliche Wucherung der Urethralschleimhaut zurückzuführen sind, zu bearbeiten. Es ist da eine Urethroskopkurette, ein Kauter mit flachem Brenner und ein Kauter mit bügelförmigem Brenner, und endlich ein Inzisor, der sich im beliebigen Winkel aufstellen läßt und somit (ein Vorteil vor dem Inzisor Bottinis) nach Belieben flachere oder tiefere Inzisionen zu brennen gestattet. Verf. gibt eine Reihe von Krankengeschichten zur Illustration der Behandlung.

Über die Unzulänglichkeit der Chromozystoskopie für die funktionelle Nierendiagnostik, von M. Roth. Verf. empfiehlt den Ureterenkatheterismus und gibt ihm den Vorzug vor der besonders von Thomas empfohlenen Zystoskopie der Blase zur Beobachtung der Indigkarminmethode. Diese gibt unsichere Resultate, ist in manchen Fällen auch unnötig, wo das einfache Aufsaugen des Blasenurins genügt.

Über die Regeneration des Pars prostatica urethrae im Verhältnis zu dem experimentellen Studium der Folgen der Prostatektomie, von Wischnewsky. Verf. hat an Hunden die Prostata entfernt, indem er die Harnröhre oberhalb und unterhalb der Drüse durchschnitt und dann die Prostata entfernte. Er fand, daß nach Wochen die Hunde normal urinierten. Nach der Autopsie fand sich ein vollständig im Narbengewebe gebildeter neuer Kanal.

Doppeltes Nierenbecken, das eine gesund, das andere infiziert, von W. Starck. Verf. operierte einen jungen Mann wegen Pyonephrose. Durch die Untersuchung war die linke Seite als die erkrankte erkannt. Direkt vor einer zweiten Untersuchung ließ der Patient klaren Urin und nun ergab der Ureterenkatheterismus ebenfalls links normale Verhältnisse. Allein schon einige Tage später war der Urin links wieder trüb. Es lag also augenscheinlich ein gegabelter Ureter vor, der in zwei verschiedene Nierenbecken führte; dieser Befund wurde durch die Operation bestätigt.

Heft 7 und 8.

145 Litholapaxien, von Kreps. Verf. beschreibt kurz das von ihm geübte Verfahren, gibt seine Resultate (keine Todesfälle) und ein paar kurze Krankengeschichten.

Die syphilitischen Erkrankungen der Harnblase, von Asch. Unter sorgfältigem Literaturstudium hat Verf. eine Sammlung der bis jetzt veröffentlichten, nicht gerade sehr häufigen Fälle von Blasensyphilis zusammengebracht, denen er drei eigene Beobachtungen anfügt. Die Fälle gehören meist der tertiären Periode der Syphilis an, haben oft kein spezifisches Aussehen und werden daher mit Papillomen oder mit Ulzerationen anderen Ursprungs verwechselt. Die sekundär-syphilitischen Blasenaffektionen

Digitized by Google

sind sehr viel seltener; bei ihnen treten die Erscheinungen der akuten oder chronischen Blasenentzündung in den Vordergrund; zystoskopisch sieht man Rötung und Schwellung der Schleimhaut oder Plaques muqueuses. Die Diagnose wird erhärtet durch den Erfolg der antiluetischen Behandlung ohne Lokalbehandlung. Von parasyphilitischen Erkrankungen macht besonders die Tabes Erkrankungen der Blase: Balkenblase ohne Prostatahypertrophie ist ja ein Frühsymptom der Tabes.

Nachblutungen nach Nephrotomien, von Pleschner. Nachblutungen nach Nephrotomien, seien es Frühblutungen, seien es die gefürchteteren Spätblutungen, gehören zu den Gefahren der Operation, die sich anscheinend trotz sorgfältiger Blutstillung nicht ganz vermeiden lassen. Verf. bringt drei Selbstbeobachtungen. Als ultimum refugium bleibt nur die Entfernung der blutenden Niere.

Beitrag zur Symptomatologie, Diagnose und Behandlung der Hufeisenniere, von Rovsing. Verf. beschreibt vier von ihm diagnostizierte Fälle von Hufeisenniere, als wichtiges Symptom zur Diagnose erwähnt er Schmerzen in der Nierengegend, besonders bei schwerer Arbeit, und sich steigernd bei starker Rückwärtsbeugung der Wirbelsäule. Zwei wurden mit Lendenschnitt operiert, um etwaige Steine zu entfernen, und als man die Hufeisenniere erkannte, unoperiert wieder zugenäht. Die beiden anderen wurden operiert, eine transperitoneal, indem die Hufeisenniere in der Mitte stumpf durchgekniffen wurde und zur Blutstillung die Ränder gut vernäht wurden. Die andere wurde durch Lendenschnitt links freigelegt, da sich bei ihr eine linksseitige Pyonephrose fand; auch sie wurde stumpf durchgekniffen und dann die linke Niere exstirpiert. Das Resultat war glänzend.

Beitrag zum Studium der kongenitalen Hydronephrose, von Verhoogen und de Graeuwe. Die Zahl der bekannt gewordenen Fälle von kongenitaler Hydronephrose ist nicht eben groß; daher veröffentlichen Verf. drei von ihnen beobachtete Fälle, die zur Operation kamen. In allen fand sich eine Striktur des Ureters, die ganz allmählich zustande kam und stärker wurde, bis sie zur Hydronephrosebildung führte. Zu ihrer Erklärung hat Virchow eine Theorie vorgeschlagen, die auf das Bestehen eines intrauterinen entzündlichen Prozesses hinausläuft.

Umwandlung des Blasenepithels in sezernierendes Zylinderepithel, von Zuckerkandl. Das Epithel der Blase kann unter heftigem anhaltendem Reiz in ein zylindrisches, vom Typus des Dickdarmepithels, sich umwandeln. Die als Cystitis cystica und glandularis bekannten Veränderungen beruhen auf Epithelwucherungen, die durch Metaplasie in sekretorisches Epithel angeregt werden. Cystitis glandularis und cystica sind analoge Prozesse; bei der letzteren ist die Sekretion rudimentär geblieben. Die Fähigkeit der Metaplasie erklärt in ungezwungener Weise die primäre Entwicklung drüsiger Neubildungen der Harnblase auch ohne Annahme präformierter Drüsen oder fötaler Keimversprengung.

Nephrotomie als Ergänzungsoperation bei Pyelolithotomie und über die Bedeutung der Pyelolithotomie für die Verhütung von später konsekutiver Nierenblutung bei Nephrolithotomie, von Rusnetzky. Die Überschrift bildet eine Angabe des Inhalts, wozu Verf. drei Krankengeschichten schildert.

Retentio urinae non prostatica der senilen Blase, von Ware. Es kommen bei alten Leuten Fälle von Harnretention ohne mechanisches Hindernis, ohne Prostatahypertrophie vor, die auf einer Insuffizienz der degenerierten oder atrophischen Muskulatur beruhen. Die Ursachen der Atrophie können verschieden sein. Arteriosklerose, Nervenläsion oder Infektion. Solche Fälle soll man nicht operieren.

Blasenneuralgie infolge von Varikozele, von Marani. Der vom Verf. beobachtete Patient hatte eine erhebliche linksseitige Varikozele und hatte Syphilis und eine Orchoepididymitis mit Verdickung des Samenstrangs durchgemacht. Bald erkrankte er mit

Digitized by Google

Schmerzen am Ende der Miktion. Die Beschwerden verschwanden nach Operation der Varikozele.

Betrachtungen über die Nierensekretion, von Heresco. Verf. beobachtete zwei Fälle von Diabetes insipidus, die er durch starkes Quetschen des Plexus renalis bei der vorgenommenen Nephropexie besserte resp. heilte.

Metastatische Karzinose der Ureteren mit Anurie bei gleichzeitiger Nephritis, von Schlagintweit. Das Merkwürdige des vom Verf. beschriebenen Falls liegt in dem wechselvollen, täuschenden Durcheinanderspiel der an sich ganz einfachen Symptome beider Krankheiten, die eine sichere Erklärung erst durch die Sektion fanden.

Traumatische Hydronephrose, geheilt durch Pyeloneostomie, von Wildbolz. Da die rechte Niere nicht einwandfrei war, konnte Verf. die infizierte linksseitige traumatische Hydronephrose (es war schon eine Nierenfistel angelegt) nicht durch Exstirpation der Niere heilen, sondern er resezierte den narbig veränderten Teil des Ureters und nähte dann den Stumpf in ein neu angelegtes Loch im Hydronephrosensack ein. Gute Nachheilung.

Betrachtungen über den Ursprung der sogenannten Prostatahypertrophie, von Marion. Verf. spricht unter Vorlegung sehr überzeugender Präparate in seiner höchst interessanten Arbeit sich dahin aus, daß viele Tatsachen dafür sprechen, daß die Prostatahypertrophie in Wahrheit eine Hypertrophie der periurethralen Drüsen sei.

Heft 9 und 10.

Gonokokkenträger, von Asch. Verf. fand bei eingehenden Untersuchungen bei einer Reihe von vollständig gesund erscheinenden Männern bei Massage der Prostata im Sekret Gonokokken. Ferner fand er Gonokokken in förmlichen Rasen in Membranen der Harnröhre, die meist im Penoskrotalwinkel saßen und aus reiner Schleimsubstanz bestanden. Aus ähnlicher Substanz bestanden Falten, Leisten und Stränge, die mehr oder minder große Ansammlungen von Gonokokken aufwiesen. Die Falten saßen auch gelegentlich parallel zur Längsrichtung der Harnröhre und flottierten mit dem einen Ende frei in ihr. Eine andere Sorte von Gonokokkenträgern sind solche, die wenige Tage bis 3 Wochen nach einem unreinen Koitus keine Anzeichen von Blennorrhoe aufwiesen, bei denen aber die Ausschabung des vorderen Harnröhrenabschnitts in dem gewonnenen Material Gonokokken erkennen ließ.

Prostatalipoide und Prostatakonkretionen, von Hans L. Posner. Mittels der von Ciaccio ausgearbeiteten Methode konnte Verf. sowohl im Prostatasekret wie in den Corpora amylacea in Mengen Lipoide nachweisen.

Zur Frage der Syphilis der Blase, von Pereschiwkin. Verf. beschreibt als Syphilis der Blase zystoskopisch nachgewiesene kleine Infiltrate und Ulzera von charakteristischem Aussehen, die ihre syphilitische Natur durch das Schwinden unter antisyphilitischer Behandlung erkennen ließen.

Kongenitale Divertikel der Urethra, von Haberern. Einen seltenen Fall von Divertikel der Harnröhre beschreibt Verf. bei einem 8jährigen Jungen: während der Miktion stülpt es sich etwa wallnußgroß hervor, um sich am Schlusse zu entleeren. Heilung durch Operation (Exzision, Naht).

Modellzystoskop, von Bätzner. Verf. hat sich ein in der Längs- und Querachse durchschnittenes doppelläufiges Ureterenzystoskop von Reiniger, Gebbert & Schall konstruieren lassen, um es seinen Schülern zu demonstrieren.

Rechtsseitige Nierentuberkulose mit rechtsseitiger Parametritis kompliziert; eigenartige nicht tuberkulöse Veränderungen am linken Ureter, von J. Voigt. Die tuberkulöse Niere wurde exstirpiert, die Parametritis wurde durch übliche Behandlung

Digitized by Google

gebessert. Am linken Ureterostium blähte sich die vorgestülpte Schleimhaut des Ureters zeitweilig wallnußgroß in die Blase vor, um dann wieder zurückzusinken.

Über die psychische Onanie, von Porosz. Verf. beschreibt einen Kranken, der durch rein psychische Einwirkung von Jugend auf mit Hilfe seiner lebhaften Phantasie Samenerguß bei sich hervorrief; er wurde zum kompletten Sexualneurastheniker mit atonischer Prostata. Heilung unter entsprechender Behandlung.

Experimentelle Beiträge zur Prüfung der Nierenfunktion, von Wohlgemuth. Verf. hat eine neue Methode zur Bestimmung der Nierenfunktion ausgearbeitet, die auf der quantitativen Bestimmung des diastatischen Fermentes in den von beiden Nieren ausgeschiedenen Urinen beruht; die Methode ist geeignet, die bisher gebräuchlichen wirkungsvoll zu unterstützen.

Meine Methode der intravesikalen Operation von Blasentumoren, von Blum. Verf. beschreibt sein Operationszystoskop. Die Neuerung, die sich ihm am besten bewährte, besteht darin, daß eine 1,8 mm breite Stahlfeder, zu einer enge gewundenen Spirale vom Kaliber le Charrière gedreht, das Führungsrohr für alle Instrumente bildet. Diese Stahlspirale ist außerordentlich beweglich, biegsam und dirigierbar, außerdem so fest, daß sie sich tief in die Schleimhaut der Blase, z. B. an der Basis einer Geschwulst, eindrückt. Verf. ist mit den Leistungen dieses Instrumentes äußerst zufrieden und hat auch von anderen Lobendes darüber gehört.

Portio intramuralis der Ureteren und Trigonum vesicae. Die Varianten der Formen derselben, von Schewkunenko. Verf. hat an über 200 Leichen Messungen des Trigonum vesicae und der Richtung der Portio intramuralis der Ureteren vorgenommen.

Heft 11.

Über Verbesserungen an den optischen Systemen der Zystoskope, von M. v. Rohr. Verf. sucht eine Geschichte der Entwicklung der Zystoskopsysteme zu schreiben und schildert in ausführlicher und klarer Weise die Entwicklung des heutigen modernen Instruments aus dem alten Nitzeschen Zystoskop; er beschreibt die Neuerungen am Spiegelapparat, am Objektiv, am Umkehrsystem, am Okular, an der Linsenfassung und die Einrichtungen für beidaugige Beobachtung.

Ein Fall von beiderseitiger Verdoppelung der Nierenbecken und Ureteren, von A. Seelig. Verf. beschreibt den ersten in vivo diagnostizierten Fall von beiderseitiger Verdoppelung der Ureteren und Nierenbecken: der getrennte Verlauf der Ureteren wurde durch Röntgenphotographie sichergestellt, nachdem mit Wismut getränkte Katheter in die Ureteren eingeführt waren. Interessant ist der Fall dadurch, daß eine einseitige Nephritis in diesem Falle sicher festgestellt wurde.

Neue scharfe Blasenzange zum Operationszystoskop, von F. Schlagintweit. Das Instrument besteht aus zwei ineinandergesteckten Röhren, an deren Blasenenden je der männliche und der weibliche Teil der scharf schneidenden ovalen gefensterten Zange angeschweißt ist, die geschlossen den zystoskopförmig gekrümmten Schnabel des Instruments bilden. Hinten ist an jedem Rohr rechtwinklig ein Scherengriff befestigt, der beim Spreizen das Gebiß um 4 cm in die Quere öffnet und beim Schluß durchschneidet. Hinten ist der übliche Halbkugelverschluß, durch den die gerade Zystoskopoptik mit Lampe oder der Mandrin eingeschoben wird.

Styptol bei Pollutionen, von Piersig. Ausgehend von der kontrahierenden Wirkung des Styptols auf die Gefäße des Uterus nahm Verf. an, daß das Mittel eine ähnliche Wirkung auf den Utriculus masculinus ausüben müsse. Er schildert einige eklatante Fälle, in denen eine gute Wirkung des Styptols auf die allzu reichlichen Pollutionen zu erkennen ist.

Digitized by Google

Heft 12.

Ein Fall von allgemeiner Gonokokkeninfektion (Gonoseptikämie), von Cholzow. Man kann die Gonokokkenallgemeininfektionen in solche pyämischen und solche septikämischen Charakters einteilen. Die verhältnismäßig häufiger vorkommenden sind die pyämischen. Verf. beobachtete einen Fall von Gonoseptikämie, bei dem es im Anschluß an die Blennorrhoe zu einem Prostataabszeß kam, es war auch Schwellung der Radiokarpalgelenke vorhanden, das Sensorium war getrübt, Temperatur zwischen 38 und 40°. Nach Spaltung des Abszesses, in dessen Eiter sich große Mengen von Gonokokken befanden, blieb das Bild der Septikämie bestehen. Eine prompte Besserung trat auf Injektion von Gonokokkenvakzine ein. Nach sechs solchen Injektionen erfolgte Heilung. Verf. empfiehlt diese Behandlungsmethode eingehend.

Nephrektomie mit nachfolgender Entleerung des Urins der gesunden Niere durch den Ureterstumpf der Operationswunde, von Haberern. Verf. entfernte eine tuberkulöse Niere wegen starker Blutungen (Indicatio vitalis). Etwa 14 Tage nach der Operation entleerte sich sämtlicher Urin, der bis dahin durch die Blase abgeflossen war, rückwärts durch den Ureterstumpf in den Verband der Nephrektomiewunde. Aber diese granulierte gut, und so trat allmählich Heilung ein. Verf. hat die ähnlichen Fälle aus der Literatur zusammengestellt. F. Hahn-Bremen.

Bücherbesprechungen.

Leitfaden des Röntgenverfahrens. Unter Mitarbeit von Dr. A. Blencke-Magdeburg, Professor Dr. Hildebrand-Marburg, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. A. Hoffa-Berlin, Professor Dr. A. Hoffmann-Düsseldorf, Dozent Dr. Guido Holzknecht-Wien herausgegeben von Ingenieur Friedrich Dessauer und Dr. med. B. Wiesner. Mit 131 Abbildungen und 4 Tafeln. Vierte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Otto Nemnich, Verlag, Leipzig 1911.

Das Buch ist in drei Abschnitte gegliedert:

1. Physikalischer Teil des Röntgenverfahrens. Verf. Friedrich Dessauer behandelt das Wesen der elektrischen Energie, das Entstehen des Anodenlichts, der Kathoden und der Röntgenstrahlen und die Transformation der elektrischen Energie.

2. Technischer Teil des Röntgenverfahrens. Dieser Abschnitt, welcher den Hauptteil des ganzen Werkes ausmacht, zerfällt in sechs Kapitel. Im ersten spricht Ingenieur F. Dessauer über die Ziele der Röntgentechnik und gibt folgende Definition des Röntgenverfahrens als diagnostische Methode. Sie besteht in der ausgeübten Fähigkeit, mit Bildern, die nur Dichtigkeitsdifferenzen darstellen, die Vorstellung des „Kranken" oder „Gesunden" zu verbinden. Die Kunst des Arztes bei der Röntgenuntersuchung besteht darin, aus einem bewußten oder unbewußten Schluß aus dem Dichtigkeitsbild das Krankheitsbild abzuleiten.

Im zweiten Kapitel behandelt Dessauer die Stromquelle, das Induktorium, die Unterbrecher, die Wechselstrommaschine, die neuen Röntgenapparate (der Blitzapparat und der Rosenthalsche Universalinduktor), die Hilfsapparate, die Regulierung der Apparate, die einzelnen Systeme untereinander und die äußere Form der Apparate. Im folgenden bespricht er die von ihm in so verdienstvoller Weise ausgebaute Tiefenbestrahlung (Homogenbestrahlung) und das Instrumentarium.

Das dritte Kapitel, welches ebenfalls von Dessauer bearbeitet ist, behandelt die Röntgenröhren und deren Behandlung, die Erkennung der Schließungsinduktion und

Digitized by Google

die Unterdrückung derselben. Der Verf. versteht es, in wenigen Worten viel zu sagen, er läßt den Röntgenapparat und das ganze übrige Instrumentarium langsam vor unseren Augen entstehen; er vermag sowohl durch den eleganten Stil, als auch durch die klare Ausdrucksweise den Leser zu fesseln und zu begeistern.

Das vierte Kapitel ist von Dr. B. Wiesner bearbeitet und behandelt die allgemeine Technik des Aufnahmeverfahrens, das Blendenverfahren und die spezielle Aufnahmetechnik. Wiesner, welchem wir die Angabe der Kompressionsblende verdanken, widmet besonders diesem so bedeutsamen Verfahren große Aufmerksamkeit. Die mit wenigen Worten klar und deutlich abgefaßten Vorschriften zur Aufnahmetechnik, sowie die guten Zeichnungen zeugen von seiner reichen Erfahrung.

Prof. Hildebrand hat im fünften Kapitel die Stereoskopie des Röntgenverfahrens behandelt. Der Autor bespricht die von ihm im Jahre 1900 angegebene Kassette, welche es ermöglicht, von jedem beliebigen Gegenstand eine stereoskopische Aufnahme zu machen. Der Wirkung dieses Verfahrens wird man erst dann recht bewußt, wenn die genaue Lage eines Fremdkörpers im Körperinnern festgestellt werden soll. Prof. Hildebrand hat die von Dr. König-Höchst (Deutscher Kamera-Almanach 1910) angegebene Methode zur Projektion von stereoskopischen Bildern in den Dienst der Röntgenstereoskopbilder gezogen und damit eine wunderbar plastische Wirkung derselben hervorgebracht.

Im sechsten Kapitel behandelt Prof. Hoffmann die Orthodiagraphie und Orthophotographie. Er macht uns mit den einzelnen Apparaten vertraut und empfiehlt die Benutzung dieser Methode besonders da, wo es darauf ankommt, ein möglichst genaues Verhalten des Herzens, sei es unter normalen oder pathologischen Verhältnissen, zu erlangen. Mehr noch als Orthodiagraphie bietet die Orthophotographie und die Röntgenkinematographie, welch letztere uns besonders über die einzelnen Phasen der Herzbewegung Aufschluß zu geben vermag.

3. Der medizinische Teil des Buches. Das erste Kapitel, die radiologische Diagnostik in der innern Medizin, wurde von G. Holzknecht-Wien bearbeitet. Holzknecht weist darauf hin, daß die subtil ausgestaltete Schirmuntersuchung am Thorax und Abdomen über der graphischen Untersuchung steht. Von den einzelnen Organen bedürfen: das Mediastinum fast nur der Durchleuchtung, der Ösophagus auch der Photographie, die Lungen beider Verfahren, der abdominale Verdauungstraktus vorwiegend der Durchleuchtung, der Urogenitaltrakt fast nur der Photographie. Die Nieren-, Ureter- und Blasenkonkremente werden mittels der Kompressionsblendenaufnahmen sichtbar gemacht unter Zuhilfenahme von Sonden oder Kollargolfüllung.

Das zweite Kapitel, das Röntgenverfahren in der Chirurgie, ist von dem leider zu früh verstorbenen Chirurgen Prof. Hoffa-Berlin und von Dr. Blencke-Magdeburg bearbeitet worden. Dieses Kapitel zerfällt in einen allgemeinen und in einen speziellen Teil. Der allgemeine Teil führt uns diejenige Disziplin vor Augen, welche den größten direkten Vorteil aus der genialen Entdeckung von Röntgen gezogen hat.

Alle die Hindernisse, starke Schwellung, Blutergüsse, heftige Schmerzen usw., welche früher bei einer genauen Diagnosenstellung einer Fraktur oder Luxation hinderlich in den Weg traten, beseitigt die Röntgendurchleuchtung und Photographie mit einem Schlage. Einen großen Wert besitzt das Röntgenverfahren in der Unfallpraxis. Mancher wurde früher als Simulant betrachtet, bei welchem eine Röntgenaufnahme in kurzer Zeit den wahren Sachverhalt aufzuklären vermag. Nächst Frakturen und Luxationen kommen auch die Untersuchungen auf Fremdkörper in Betracht.

Im speziellen Teil erwähnen die Autoren die einzelnen Körperregionen in bezug auf ihre röntgenographischen Erscheinungen gesondert und widmen diesem wichtigen

Digitized by Google

Abschnitt eine sehr eingehende Besprechung. Obwohl die Frakturen der Schädelknochen nicht sehr leicht zu erkennen sind, ist man dennoch auf diesem Gebiete durch typische Aufnahmestellungen um vieles weiter gekommen. Die Diagnose und Lage der Fremdkörper im Kehlkopf, der Luft- und Speiseröhre gelingt in den obern Partien absolut sicher. In Brust und Bauch interessieren den Chirurgen ebenfalls wieder an erster Stelle die Fremdkörper. Eine eingehende Besprechung finden die Verletzungen und Erkrankungen der Wirbelsäule, des Beckens und der Extremitäten.

Das dritte Kapitel — die Röntgentherapie — ist von Dozent Dr. G. Holzknecht behandelt. Der Verf., welcher im Verein mit Kienböck als der Begründer der wissenschaftlichen Röntgentherapie anzusehen ist, setzt dieselbe in knapper, sehr klarer und leicht verständlicher Weise auseinander. Der Dosierung, dem wichtigsten Moment, widmet er eine eingehende Besprechung und besonders dem von ihm angegebenen Radiometer, einem Instrument, welches uns ermöglicht, ohne jegliche Gefahr gerade diejenige Dosis zu applizieren, welche geeignet ist, die Affektion zur Ausheilung zu bringen, ohne die Umgebung zu schädigen. Im speziellen Teile zählt Verf. diejenigen Hautaffektionen auf, auf welche die Röntgenstrahlen heilend einwirken; daran schließt sich eine Besprechung der Anwendung der Röntgenstrahlen zu therapeutischen Zwecken bei der Erkrankung innerer Organe.

Als Anhang behandelt Ingenieur F. Dessauer das photographische Verfahren und gibt in diesem Kapitel eine kurze, klare und leichtverständliche Anweisung des Negativverfahrens.

L. Merian-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Experimentelle Erregung gewisser Dermatosen durch intradermale Injektion von Tuberkulin und anderen Seris, von Thibierge und Gastinel. (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôpit. de Paris, 30. April 1909.) Die Verfasser haben bei Kranken mit Erythema multiforme, Urtikaria und Dermographismus einen Tropfen = 0,00001 Tuberkulin intradermal injiziert. Es entstanden nach etwa 30 H Effloreszenzen, die absolut denen des Grundleidens entsprachen und sogar je nach dessen Evolutionsstadium verschieden waren. Bei einem Falle von Herpes zoster erhielten die Autoren erythematöse Flecke, analog dem Beginne des Zoster, doch kam es nicht zur Blasenbildung. Sie injizierten nun die gleichen Mengen von Diphtherie- und Tetanusserum sowie von physiologischer Kochsalzlösung. Es entstanden dieselben Reaktionserscheinungen, nur in verschiedener Intensität. Auf Grund dieser Untersuchungen weisen die Verfasser darauf hin, daß man aus einer intradermalen Tuberkulinreaktion bei einer Dermatose nicht apodyktisch auf deren tuberkulöse Ätiologie schließen darf. Der Grund für diese merkwürdigen Reaktionen liegt jedenfalls in einer Sensibilisierung der Haut, die auf den Reiz des Tuberkulin hin die entsprechenden Effloreszenzen produziert. Ebenso dürften die einzelnen Schübe der Krankheit durch irgend einen Reiz (alimentärer oder infektiöser Natur) entstehen.

Carnot berichtet über einen ähnlichen Fall mit regionärer Immunität der Haut.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Gärungskrankheiten (Beriberi, Skorbut, Barlowsche Krankheit u. a.), von J. H. F. Kohlbrugge-Utrecht. (Zentralbl. f. Bakter., Bd. 60, H. 3/4.) K. versucht es, eine neue Krankheitsgruppe, die der Gärungskrankheiten, aufzustellen, welche, wie

Digitized by Google

die eigentlichen Infektionskrankheiten zwar auf die Wirksamkeit von Bakterien zurückzuführen sind und darum auch die Periodizität der Infektionskrankheiten zeigen, aber doch wesentlich von letzteren verschieden sind, da sie erstens keine ansteckenden Krankheiten sind, die von Person auf Person übergehen, und zweitens zu ihrer Entwicklung eine bestimmte einseitige Ernährung erfordern. Die bakteriologischen Untersuchungen K.s führten ihn zu dem Ergebnisse, daß einseitige stärkehaltige oder an Kohlehydraten reiche Nahrung Anlaß zur Entwicklung von gärungserregenden Mikroorganismen im Darme gibt und die normale Darmflora dadurch verdrängt wird. Diese Mikroorganismen rufen in noch unbekannter Weise Krankheiten hervor, die zu der Gruppe Skorbut, Barlowsche Krankheit, Pellagra usw. gehören und auf deren Entwicklung die Jahreszeiten und andere lokale Faktoren großen Einfluß ausüben; K. nennt sie Gärungskrankheiten. Einige dieser Mikroorganismen gehören zu einer Gruppe, von denen der Bacillus oryzae oder der Reisstärke vergärende aerobe Bazillus ein Repräsentant ist, der in allen Ländern vorzukommen scheint. Die zahlreichen schwer voneinander zu trennenden Varietäten dieser Gruppe kommen in den meisten Zerealien und Mehlsorten (vielleicht in allen) vor, und ebenso in den aus ihnen bereiteten, trocken aufbewahrten Nahrungsmitteln. Sie scheinen besonders dann auf den Körper schädigend einzuwirken, wenn ihre Entwicklung durch einseitige säurearme Nahrung in keiner Weise gehemmt wird. Die Entwicklung dieser Bazillen im Darm kann eingeschränkt werden durch Nahrungsmittel, welche entweder freie Säure enthalten oder durch Gärung große Mengen Säure frei werden lassen, wie Reiskleie, Katjang-idjoe und andere. Bei besonders großer, örtlich entstandener Virulenz dieser Gärungserreger können sie schädigend wirken, auch bei sonst geeigneter Mischung der Nahrung oder ihnen sonst weniger zusagenden Nährböden im Darm. Ob die heilend und prophylaktisch wirkenden Nahrungsmittel nicht auch noch in anderer Weise wirken als durch Säurebildung, darüber dürften noch weitere Forschungen anzustellen sein. Die guten Erfolge, welche bei der Behandlung des Skorbut, der Barlowschen Krankheit usw. mit sauren Pflanzensäften (Zitronen usw.), mit Gemüse- und Kartoffelpüree erzielt werden, stehen jedenfalls in Übereinstimmung mit dieser so bestechend überzeugend dargestellten Theorie der „Gärungskrankheiten". Stern-München.

Über den Durchtritt von Tuberkelbazillen durch die unverletzte Haut, von Harry Koenigsfeld. (Zentralbl. f. Bakter., 1911, Bd. 60, H. 1/2.) Verfasser bespricht unter Heranziehung der gesamten umfangreichen Literatur, welche bisher über dieses Thema erschienen ist, dasselbe ausführlichst und bringt dann das Resultat seiner eigenen Untersuchungen, die er am Kgl. hygienischen Institut von Breslau sowohl mit dem Typus bovinus, wie mit dem Typus humanus anstellte. Diese Versuche haben zwar, übereinstimmend mit den meisten früheren, ergeben, daß eine Infektion mit Tuberkelbazillen von der unverletzten Haut aus stattfinden kann, daß es aber nur beim Andringen großer Mengen von Bazillen einigen wenigen gelingt, die Haut zu passieren, in die nächstgelegenen Drüsen zu gelangen und unter Umständen ein in der Regel sehr gutartiges Krankheitsbild zu erzeugen. Die zarte Haut der Kinder läßt wahrscheinlich viel leichter die Tuberkelbazillen durchtreten als die dickere Epidermis der Erwachsenen, wie auch für das Kindesalter die Lymphdrüsentuberkulose eine große Rolle spielt. Ein mit solchen Drüsenerkrankungen behafteter Mensch trägt gefährliche Keime in sich, die jeden Augenblick in ein lebenswichtiges Organ oder selbst zu allgemeiner Verbreitung gelangen können; es liegen ja Beobachtungen vor, daß auch von der Skrophulosis der Kinder aus eine innere Organtuberkulose entstehen kann. Wenn einerseits durch die vorliegenden Untersuchungen die Entstehung einer Drüsentuberkulose dem Verständnis näher gebracht wird, so ergibt sich andererseits auch die Möglichkeit einer Prophylaxe,

Digitized by Google

nicht nur Hautwunden, sondern ebenso auch die unverletzte Haut vor Berührung mit tuberkulösem Material zu schützen. Dies kann in Betracht kommen bei Wäscherinnen, die Taschentücher mit tuberkulösem Sputum waschen, bei Fleischern, die tuberkulöse Tiere schlachten, bei Mägden, die euterkranke Kühe melken, bei Operationen, bei Sektionen usw. usw. Kurz als Haupterfordernis einer Prophylaxe: strengste Sauberkeit in jeder Beziehung, wodurch es gelingen wird, die Tuberkulose auch auf diesem Invasionswege zu bekämpfen. Stern-München.

Welche Mengen von Stickstoff und Kochsalz werden durch die Haut von Nierenkranken ausgeschieden? von Friedrich O. A. Loofs. (Dtsch. Arch. f. klin. Med., 1911, Nr. 5 und 6.) Weder die „Harnschweiße" noch die in einer Reihe von Nephritisfällen beobachtete Konzentrationssteigerung im Schweiß können zum Beweis für eine vikariierende Tätigkeit der Haut herangezogen werden, denn die Harnschweiße sind nichts anderes als die Todesschweiße Nierenkranker, welche eine besonders hohe Konzentration haben, da der Körper dieser Patienten mit harnfähigen Stoffen überladen ist. Eine erhöhte Konzentration des Schweißes besagt aber nichts über die Gesamtausscheidung in 24 Stunden. Aus den Versuchen des Verfassers geht hervor, daß chronisch Nierenkranke, speziell Nierenkranke ohne Ödeme, auch Schrumpfnierenkranke mit urämischen Symptomen, bei Bettruhe nicht mehr Stickstoff und Kochsalz durch die Haut in 24 Stunden ausscheiden, als Gesunde unter gleichen Bedingungen.

Gunsett-Straßburg.

Über die gegenseitige Beeinflussung von Quecksilber und Schwefel im Organismus, von C. Bruck-Breslau. (Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Ther., 1909, 6. Bd.) Zur Klärung der Frage: kommt dem Schwefel als solchem eine besondere Bedeutung bei der Hg.-Behandlung zu, welche unabhängig ist von der guten Wirkung von Hg-Kuren auf Syphilitiker in gewissen Badeorten, stellte Verfasser Versuche an Kaninchen an. Bei Versuchen mit subkutanen Einspritzungen von Sulfidal am Menschen erwies sich dieses Präparat als zu different. Die Bruckschen Versuche am Kaninchen, bei denen Hg. sowohl als Schwefel in den verschiedensten Formen appliziert wurde, verdienen große Beachtung, denn sie erweisen eindeutig, daß der stomachal oder parenteral dem Organismus zugeführte Schwefel eine starke antagonistische Wirkung gegenüber der Hg.-Intoxikation, sowohl vom Blut- als vom Darmwege aus, ausübt. Dabei erwies sich als maßgebend das Verhältnis der Dosen beider Stoffe, die Schnelligkeit der Resorption des Schwefels und der bestehende Intoxikationsgrad. Versuche mit Schwefelbädern ergaben, daß eine etwaige Schwefelresorption hierbei zu unbedeutend ist, um die Wirkung des im Körper befindlichen Hg zu beeinflussen. Aus seinen Versuchen schließt Bruck, daß die anerkannt gute Wirkung von Hg.-Kuren in Schwefelbädern in keinem Falle auf dem Schwefelgehalt der Quelle beruht, daß im Gegenteil die Anschauung Neissers, die in dem Schwefelgehalt eher einen Nachteil wie einen Vorteil sieht, zu vollem Recht besteht. Arthur Schucht-Danzig.

Untersuchungen an drei blutsverwandten Personen mit ektodermalen Hemmungsbildungen, besonders des Hautdrüsensystems, von Wechselmann und Loewy-Berlin. (Berl. Klin. Wochenschr., 1911, Nr. 30.) Die Arbeit bezieht sich auf die Beobachtung von acht Fällen mit Anomalien in einer Familie. Die auffallendsten Anomalien sind Hypotrichosis, Zahnmangel und Anhidrosis, außerdem besteht Sattelnase. Alle Fälle betreffen männliche Personen, doch ist die Anomalie durch weibliche Personen der Familie vererbbar. Unter der Anhidrosis haben alle davon Betroffenen in warmen Räumen bzw. im Sommer sehr zu leiden. In 600 untersuchten Schnitten exzidierter Hautstücke aus Achselhöhle, Oberschenkel und Brust fand sich nirgends eine Schweißdrüse. Die Haut der Patienten sezerniert auch im allgemeinen keinen Talg.

Digitized by Google

Loewy stellte an den Kranken verschiedene Versuche an, die ein anschauliches Bild von der Bedeutung der Schweißsekretion geben. Schon durch einen Spaziergang von einer halben Stunde Dauer stieg die Körpertemperatur auf 40,1°, ähnlich nach milden Wärmungsprozeduren. Gleichzeitig ging das Atemvolumen exzessiv in die Höhe.

Verfasser studierte ferner die Frage, wieviel Wasser diese Kranken durch die Haut abgeben können, d. h. wie groß die insensible Perspiration von ihrer Haut aus ist. Er fand, daß die Kranken ganz erhebliche Wassermengen abgeben können und schließt daraus, daß die Notwendigkeit, für den Normalen eine Tätigkeit der Schweißdrüsen anzunehmen, um die Menge des insensibel abgegebenen Wassers zu erklären, nicht vorliegt.

Arthur Schucht-Danzig.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Die Syphilis in der prähistorischen Zeit, von Paul Raymond. (Bull. med., 1911. S. 634.) Verf. hat an prähistorischen Knochen deutliche Zeichen einer syphilitischen Osteomyelitis, zentrale Knochenresorption, periphere Knochenneubildung, gefunden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein syphilitischer Schädel aus Südamerika, von David v. Hansemann. (Ztschr. f. Ethnol., 1911, Heft 1.) Der Schädel, welcher aus den Calchaquitälern, Staat Salta. in Argentinien stammen soll, weist rechts über der Orbita eine frische Knochenulzeration auf, die noch nicht in Heilung übergegangen ist. Der Naseneingang ist ein rundliches Loch, und die inneren Nasenknochen sind verloren gegangen; ferner ist der vordere Rand des Alveolarfortsatzes verschwunden. Die Veränderungen können ausschließlich auf Syphilis beruhen, wobei allerdings das Erhaltensein der Nasenbeine und die Zerstörung der Innenknochen der Nase auffallend wäre; oder es kann außer Syphilis gleichzeitig Lupus vorgelegen haben. Arthur Schucht-Danzig.

Zur Geschichte der Venusseuche, von Otto Barensfeld. (Peterb. med. Wochenschr., 1911, Nr. 31.) In der klassischen Philologie und der Archäologie bestehen zwei Wissenschaften, die imstande sein können, das Vorkommen der Syphilis im Altertume zu beweisen. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Syphilis in der Internationalen Hygieneausstellung zu Dresden, von M. Leibkind-Dresden. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 38.) Wie L. ausführt, war für den Syphilidologen die Anordnung der Ausstellungsobjekte auf seinem Gebiete insofern eine ungünstige, als diese, dem leitenden Plane der Gesamtanordnung entsprechend, auf mehrere verschiedene Stellen verteilt waren. Namentlich handelte es sich um interessante Statistiken, Moulagen von besonders beachtenswerten Läsionen verschiedener Art, ferner um die Darstellung der Spirochaete pallida in verschiedenen Äußerungen ihres Daseins, um Beispiele der Salvarsanwirkung usw. Philippi-Bad Salzschlierf.

Lungentuberkulose und Syphilis, Robert H. Babcock-Chikago. (Lancetklinik. 1911, Nr. 15.) Die Wirkung des Zusammentreffens von Lungentuberkulose und Syphilis bei einem Patienten scheint wesentlich von dem Stadium der primären Krankheit abzuhängen, während dessen die zweite Infektion erworben wird. Die Erwerbung der Syphilis während beginnender Tuberkulose scheint von negativem Einfluß zu sein oder sogar in manchen Fällen retardierend oder heilend auf die Tuberkulose zu wirken. Hingegen beschleunigt die von einem im vorgeschrittenen Stadium befindlichen Tuberkulösen erworbene Syphilis das Fortschreiten der Tuberkulose. Eine während des ersten oder zweiten Stadiums der Syphilis entwickelte Tuberkulose gibt eine schlechte Prognose. Entwickelt sich eine Lungentuberkulose während tertiärer Syphilis, so neigt sie zu langsamem Verlauf, wahrscheinlich wegen der Neigung der Lues zur Sklerose während dieses Stadiums.

Digitized by Google

Während Quecksilberbehandlung der Syphilis bei Tuberkulösen erlaubt ist, ist Jod in jeder Form nur mit Vorsicht zu verwenden, wegen seiner Neigung, die Erweichung tuberkulöser Herde zu beschleunigen. Schourp-Danzig.

Die soziale Prophylaxe der Syphilis und die neueren Fortschritte der Syphilidologie, von Bayet-Brüssel und Malvoz-Lüttich. (Brüssel 1911, Hayez; und Journ. méd. de Bruxelles, 1911, S. 461.) In der speziell die belgischen Verhältnisse visierenden Schrift fordern die Verfasser in Berücksichtigung der Fortschritte, welche die Diagnostik und Therapie der Syphilis in neuerer Zeit gemacht hat, folgende Reformen:

Die Gründung von möglichst vielen Laboratorien, in welchen die Ärzte die diagnostischen Untersuchungen (Spirochäten-Untersuchung, Wassermannsche Reaktion) ausführen lassen können. Ferner eine möglichst baldige Sterilisierung der infizierten Individuen. Zu diesem Zwecke müssen Abendsprechstunden in den Spitälern und Polikliniken, ebenso nach Analogie der Tuberkulosesprechstunden solche für Syphilitiker eingerichtet werden, wo der Kranke gratis von seiner Krankheit geheilt werden könnte. Die öffentlichen Krankenkassen müßten zur Behandlung der Geschlechtskranken gezwungen werden, das Studium der Dermatologie müßte in den Kliniken obligatorisch, ferner für praktische Ärzte Ferienkurse eingerichtet werden. Zum Schlusse wünschen die Verfasser eine strengere Gesetzgebung gegen das Kurpfuschertum. Gunsett-Straßburg.

Ammenvermittlung, Säuglingsfürsorge und Syphilis, von C. Manchot. (Zeitschr. f. Säuglingsfürs., 1911, S. 119.) M. bespricht die Maßnahmen, die im Hamburger Waisenhause gegen die Übertragung der Syphilis durch Säuglinge getroffen sind. Es werden die genauesten Erhebungen über die Vorgeschichte von Mutter und Kind gepflogen, kein Säugling darf vor 2 Monaten angelegt oder in Familienpflege gegeben werden, Ammen dürfen erst vom dritten Monat an fremde Kinder stillen, Wassermannsche Reaktion und zahlreiche Nachuntersuchungen werden vorgenommen. Kommt ein erbsyphilitisches Kind in Familienpflege, so wird es, wenn möglich, einer syphilitischen Frau gegeben, außerdem wird die Kostmutter und die staatliche Kinderpflegerin entsprechend instruiert. Bei Privatkostkindern ist die Kontrolle schwieriger, und es kommen deshalb Infektionen leichter vor. Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Syphilis d'emblée, von J. S. Covisa. (Rev. clin. de Madrid, 1911, Nr. 15.) Ein Arzt bekam, ohne je ein Primärsymptom bemerkt zu haben, Pharyngitis, Laryngitis, Polyadenitis syphilitica. Wassermann positiv. Gunsett-Straßburg.

Über den Sitz der primären Invasion der Syphilis, von H. Hallopeau (Compt. rend., Bd. 152, S. 1322). Die Sklerose ist nicht allein der primäre Sitz der Syphilis, sondern es gehören die regionären Lymphgefäße und -drüsen dazu, in denen die Spirochäten während der ersten Inkubation zurückgehalten werden. Deshalb muß bei einer Abortivkur das spirillozide Mittel in die ganze gesamte Gegend injiziert werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über den syphilitischen Schanker beim Kinde, von A. Manne. (Thèse de Paris, 1910, Nr. 203.) Fritz Loeb-München.

Eine Epidemie von Lippenschankern durch Küssen, von Jay F. Schamberg-Philadelphia. (Journ. Americ. Med. Assoc., Bd. 57, Nr. 10.) Von einem jungen Mädchen mit einer Primärsklerose an der Lippe wurden acht Personen infiziert.

Schourp-Danzig.

Primäraffekt am unteren Augenlide, von Rollet u. L. Grand-Clément. (Lyon méd., Bd. 117, S. 651.) Ein 7jähriges Mädchen, Tochter eines Paralytikers, hatte am Rande des unteren linken Augenlides nahe dem Tränenpunkte ein reitendes derbes Geschwür. Die Submaxillardrüsen waren geschwollen. Während keine sekundären

Digitized by Google

Erscheinungen auftraten, entstand 1 Monat nach der Heilung beiderseitige interstitielle Keratitis. Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Kenntnis des syphilitischen Primäraffektes an der behaarten Kopfhaut, von Leonhard Weiss-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 18.) Den in den letzten 14 Jahren veröffentlichten 21 Fälle von Primäraffekten auf der behaarten Kopfhaut fügt Verfasser einen neuen, genau beobachteten hinzu und teilt als bemerkenswert mit, daß bei dem betreffenden 9 Wochen alten Kinde einer vor 5 Jahren mit Syphilis infizierten Frau, deren Blutserum noch eine schwach positive Wassermannsche Reaktion gab, eine Immunität im Sinne des Profetaschen Gesetzes nicht bestand.

Arthur Schucht-Danzig.

Schanker der Harnröhre beim Manne, von Ch. M. Whitney-Boston. (Med. Record, 28. Jan. 1911.) Fälle anscheinender Syphilis d'emblée finden häufig darin ihre Erklärung, daß der Primäraffekt an einer Stelle gesessen, an der er der Beobachtung entgangen, so z. B. innerhalb der Harnröhre. Mit der Absonderung, die die Affektion hervorruft, wird der Patient häufig als tripperkrank behandelt. Daß die Fälle von intraurethralem Schanker nicht selten sind, geht aus den Beobachtungen des Verf. hervor, der im Laufe der Jahre 38 Fälle dieser Art gesehen hat, von denen er 10 ausführlich berichtet.

Abgesehen von dem Schaden, den der Patient durch die falsche Diagnose erleidet, und abgesehen von den Schwierigkeiten, die ein Exanthem bei fehlendem Primäraffekt der Diagnose macht, weist Verf. auf die Gefahr hin, in die der behandelnde Arzt kommt, wenn er solche Fälle mit Spülung und Instrumenten behandelt, ohne sich über die syphilitische Natur des Leidens klar zu sein. W. Lehmann-Stettin.

Primäraffekt am äußeren Ohre, von Massia. (Lyon méd., Bd. 117, S. 967.) Ein 24jähriger Mann hat auf der rechten Ohrmuschel einen frankstückgroßen, unregelmäßigen, wenig belegten Substanzverlust, der sich in den Gehörgang erstreckt. Im Zentrum befindet sich ein tiefes Loch, der Rand ist erhaben. Induration ist nicht nachzuweisen, regionäre Lymphdrüsen sind geschwollen, Spirochäten nachweisbar.

Richard Frühwald-Leipzig.

Reinfectio syphilitica oder Pseudoprimäraffekt? Von C. Gutmann-Wiesbaden. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 28.) Unter Bezugnahme auf einige von Frieboes mitgeteilte Fälle von Pseudoprimäraffekten oder sogenannten Sekundäraffekten beschreibt Verfasser 2 eigene Fälle, welche er als syphilitische Reinfektionen ansehen zu dürfen glaubt. So interessant auch die angeknüpften Betrachtungen über die Deutung dieser Fälle sind, wird doch der erste, ein Primäraffekt der Unterlippe, infolge mangelnden Spirochätennachweises, Fehlens oder sehr geringer Entwicklung regionärer Drüsenschwellungen (10 Monate später ähnliche gleiche Erscheinungen) Zweifel an der richtigen Deutung der Erscheinungen aufkommen lassen. Arthur Schucht-Danzig.

Über einen Fall von Reinfectio syphilitica, von Fabry-Dortmund. (Med. Klinik. 1911, Nr. 31.) Ein 40jähriger Mann, welcher vor 8 Jahren primäre und sekundäre Syphiliserscheinungen gehabt hatte, mehrere Inunktionskuren durchgemacht hatte und später vom Verfasser öfters beobachtet wurde, erkrankte erneut mit einem Primäraffekt. Wenigstens spricht Verfasser die von ihm damals beobachtete Affektion als solchen an und glaubt Ulcus gummosum ausschließen zu können. Besonderen Wert mißt er in dieser Richtung dem weiteren Verlauf bei: Es trat nach fast einem Jahre ein „Exanthema suspectum, teils pustulös, teils akneartig, einzelne Roseolaflecken" auf, während gleichzeitig der vorher und auch später wieder negative Wassermann positiv ausfiel. Von Bedeutung wäre auch die Mitteilung, ob bei dem 2. Primäraffekt versucht wurde, den Spirochätennachweis zu führen. Arthur Schucht-Danzig.

Digitized by Google

Über einen syphilitischen Symptomenkomplex, von J. Mollard, M. Favre u. A. Dufourt. (Lyon méd., Bd. 117, S. 593.) Eine 47 jährige Frau, die außer einer Fehlgeburt nichts von Syphilis in der Anamnese hatte, bekam plötzlich heftige, nachts exazerbierende Schmerzen in den Armen, denen sich eine Schwäche anschloß. Bei der Aufnahme bestand völlige Lähmung der oberen Extremitäten bei erhaltener Sensibilität, reflektorische Pupillenstarre, systolisches Geräusch und klingender 2. Ton an der Aorta und ein orangengroßer Tumor in der Bauchwand. Durch eine Hg-Kur wurde der Tumor und die Lähmung beseitigt. Die Verf. weisen noch auf die Wichtigkeit der Diagnose gummöser Tumoren hin, die oft als maligne operiert werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die experimentelle Übertragung der Syphilis auf Tiere, von Frank-Wiesbaden. (Ztschr. f. ärztliche Fortbildung, 1911, Nr. 14.) Eine Zusammenfassung der Forschungen über diesen Gegenstand. Arthur Schucht-Danzig.

Tiersyphilis und Syphiliserreger, von E. Hoffmann-Bonn. (Erläuterungen zur Sondergruppe Geschlechtskrankheiten der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden 1911.) Die Erläuterungen werden in erschöpfender und anschaulichster Weise gegeben und werden sowohl bei dem Arzt wie bei dem gebildeten Laien sehr zum Verständnis der ausgestellten wertvollen Sammlung beitragen. Arthur Schucht-Danzig.

Über Impfungen an Affen mit maligner Syphilis, von E. Tomascewski-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 20.) Bekanntlich gelingt es nur sehr selten, in den Effloreszenzen der „malignen" Syphilis Spirochäten nachzuweisen und Buschke und Fischer haben in 10 Fällen von typischer maligner Lues neunmal mit Erfolg auf Makaken abgeimpft, ohne in deren Impfläsionen Spirochäten nachweisen zu können. Verf. weist nun auf Grund von drei Impfexperimenten nach, daß dieser Befund nicht die Regel darstellt, sondern es gelang ihm, in allen Fällen mit dem anscheinend spirochätenfreien Ausgangsmaterial von maligner Syphilis bei niederen Affen nach einem mehrwöchentlichen Inkubationsstadium Impfeffekte zu erzeugen, die bei Untersuchung im Dunkelfeld wie im gefärbten Ausstrich typische Spirochaetae pallidae enthielten.

Arthur Schucht-Danzig.

Neue Syphilisübertragungen auf Kaninchen mit vielen Demonstrationen und Projektionen, von W. Kolle-Bern. (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte, 1910. Nr. 12.) Der Vortrag enthält ausführliche Erläuterungen zu vorstehendem Thema.

In der Diskussion berichtet Herr Jadassohn über seine Versuche, bei Luetikern eine Kutireaktion à la v. Pirquet herbeizuführen. Die Versuche waren nur in einem Fall von Lues maligna von Erfolg begleitet. Es besteht demnach die Möglichkeit einer Kutireaktion im spezifischen Sinne. Vorbedingung wäre allerdings die Auffindung eines geeigneten Antigens.

Im Anschluß daran demonstriert Herr Rothe eine erfolgreiche Übertragung von Syphilis auf die Hoden eines Kaninchens. Graetz-Hamburg.

Syphilitische Orchitis beim Kaninchen, hervorgerufen durch Reinkulturen von Spirochaeta pallida, von Hideyo Noguchi. (Presse méd., 1911, Nr. 63.) Das einzige Kulturmedium, welches Noguchi eine Reinkultivierung der Spirochaeta pallida gestattete, war eine Mischung von physiologischer Kochsalzlösung und frischem sterilen Gewebe (Nieren oder Hoden), bedeckt mit einer Schicht sterilem Paraffinöl. Die anzuwendende Flüssigkeitsmenge beträgt 15 ccm Höhe in einem Reagenzglase von 1,5 auf 20 cm. Nachdem die syphilitische Substanz in das Röhrchen verbracht worden ist, läßt man einige Minuten lang reinen Sauerstoff hindurchfließen und stellt dann das Röhrchen in einen Apparat für anaerobe Kultur, in welchem die Luftleere durch eine Mischung von Wasserstoff, Pyrogallol und Kalium hergestellt ist. Die Kultur wird bei 37° erhalten.

Digitized by Google

wenn man die Röhrchen wenigstens 14 Tage lang ohne Unterbrechung im Apparate läßt. Für seine Versuche benutzte Noguchi ausschließlich Spirochäten, welche Kaninchen passiert hatten. Er arbeitete auch mit zehn verschiedenen Spirochätenarten, welche mehrere Generationen hindurch Kaninchenhoden passiert hatten. Unter diesen zehn Arten wurden sechs auf künstlichen Nährböden gezüchtet und vier nachträglich gereinigt. Alle von ihm kultivierten Pallidaarten hatten zu gutem Wachstum die Gegenwart von Serum und frischem sterilen Gewebe nötig. In dem Serum-Wasser-Gewebe-Nährboden bei mehrwöchentlicher Anaerobenkultur erreicht die Spirochäte eine enorme Länge. In physiologischer Kochsalzlösung oder flüssigem Aszitesagar, dem man ein Stückchen steriles Gewebe zusetzt, macht das Wachstum um und unter dem Gewebestückchen einen trüben Eindruck. In diesem Medium hat die Spirochäte ihre gewöhnliche Länge und behält mehrere Wochen lang ihre Beweglichkeit. Bisher wurden zwei Arten auf ihre Pathogenität geprüft. Zwei von acht mit der ersten (Oktober 1910 erhaltenen) Art inokulierte Kaninchen bekamen eine typische Orchitis, und es konnten auf Testikelschnitten neben den gewöhnlichen histologischen Veränderungen Spirochäten in großer Zahl gefunden werden. Mit der zweiten (März 1911 erhaltenen) Art wurden vier Kaninchen geimpft. Davon bekamen drei nach 3—4 Wochen eine typische Orchitis mit ebensolchen Läsionen. Gunsett-Straßburg.

Wassermannsche Reaktion und experimentelle Kaninchensyphilis, von F. Blumenthal-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1911. Nr. 32.) Bekanntlich geben nach der klassischen Technik viele Normalkaninchen eine positive Wassermannsche Reaktion. Verf. fand nun gemeinsam mit F. M. Meyer eine Versuchsanordnung, bei der normale Kaninchen keine positive Reaktion mehr gaben, indem er die Extraktmenge auf die Hälfte verringerte und nur $^1/_4$ der üblichen Serummenge verwandte. Bei Kaninchen, die in der vorderen Augenkammer oder nach Tomaszewski in den Hoden infiziert waren, fand sich ebenfalls nie eine positive Reaktion. Unter 5 von 25 nach der Uhlenhuth-Mulzerschen Methode intrakardial oder intravenös geimpften Tieren fand sich dagegen positive Reaktion $1^1/_2$—2 Monate nach der Infektion.

Eine positive Reaktion ergaben bei dieser Technik auch mit Dourine infizierte Kaninchen, wie Landsteiner, Müller und Pötzel fanden.

Ferner bestätigt Verf. die Resultate von Citron und Munk, daß Kaninchen, die mit wässerigem syphilitischem Leberextrakt gespritzt sind, eine positive Reaktion bekommen, während z. B. Tiere, die mit alkoholisch-syphilitischem Leberextrakt gespritzt sind, negativ reagieren. Im Gegensatz zu diesen Verfassern hält er dieses aber nicht für einen Beweis dafür, daß man es in diesem Falle mit echten Antikörpern zu tun habe, sondern glaubt, daß die mit dem wässerigen syphilitischen Leberextrakt den Kaninchen eingespritzten spezifisch syphilitischen Stoffe eine Reaktion im Kaninchenorganismus hervorrufen, entsprechend der Reaktion bei Infektionen mit lebendem Spirochätenvirus. Arthur Schucht-Danzig.

Über die merkurielle Behandlung der experimentellen Kaninchensyphilis und der brasilianischen Spirillose, von L. Lannoy und C. Levaditi. (Comptes rendus des séances de l'acad. des sciences, 24. Juli 1911.) Die Verfasser verwandten in ihren Versuchen Quecksilberderivat der Phenylmethylaminoessigsäure von folgender Formel:

$$\left(\begin{matrix} C^6H^4—CH—COOK \\ | \\ CH^3—N—CS—S \end{matrix}\right)^2 = Hg.$$

Sie fanden eine stark kurative Wirkung dieses Präparates, sowohl bei der Hühnerspirillose als bei experimentell erzeugter Kaninchensyphilis. Gunsett-Straßburg.

Schaudinns Spirochäte und experimentelle Syphilis, von Thibierge, Ravaut

Digitized by Google

und Burnet. (Compt. rend. d. séances de la soc. de biol., Bd. 60, S. 298.) Bericht über Impfungen mit Syphilis bei niederen Affen und serienweise Weiterübertragung, sowie über Spirochätenfunde in den experimentellen Produkten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Laboratoriumsdiagnose der Syphilis, von L. S. Schmitt. (Journ. of amer. med. assoc., 1911, S. 1657.) Da die Möglichkeit besteht, die Syphilis mit Salvarsan abortiv zu behandeln, muß die Diagnose möglichst bald gestellt werden. Zu diesem Zwecke kommt die Spirochätenuntersuchung im Dunkelfeld mehr in Betracht als die Wassermannsche Reaktion. Diese bewährt sich bei konstitutioneller Syphilis, doch hat nur ihr positiver Ausfall eine ausschlaggebende Bedeutung. Bei syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems soll die Probe mit dem Liquor angestellt werden. Mit guten Antigen sind die Erfolge nach den Methoden von Wassermann und Noguchi die gleichen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Spirochaeta pallida und die Diagnose der Syphilis, von Thibierge, Ravaut und Le Sourd. (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôpit. de Paris, 6. April 1906.) Bericht über Spirochätenfunde in Ausstrichen und Schnitten, sowie über Experimente an Affen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Gewebsaffinität der Spirochäten bei sekundärer Syphilis, von Sezary. (Bull. méd., 1911, S. 1001.) Die Spirochäten erzeugen Gefäßveränderungen nur in bindegewebereichen Organen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

Dermatologische Statistik 1910, von Paul François. (Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers, Juli-August 1911.) Unter den im Jahre 1910 im dermatologischen Hospital Nottebohm in Antwerpen behandelten 1373 Fällen seien nur folgende hervorgehoben, welche photo- und radiotherapeutisch behandelt wurden:

1. Keloide, 4 Fälle radiotherapeutisch behandelt:
   Es erhielt appliziert der Fall
   a) 10mal 5 H mit 25 Tagen Intervall.
   b) 2 „ 7 H, 6 Monate später noch 1mal 5 H.
   c) 3 „ 5 H.
   d) 5 „ 5—6 H mit 1 Monat Intervall.

Es handelte sich um spontane und Narbenkeloide; der erste Fall wurde sehr gebessert, die übrigen geheilt.

2. Epitheliome.
   a) Epith. papill. corn. der Schläfe 2mal 5 H. Geheilt.
   b) „ „ „ „ Wange 3mal 5 H. Geheilt.
   c) „ cancroid. der Oberlippe: Extirpation.
   d) „ exulcer. der Wange 2mal 5 H. Geheilt.
   e) „ „ „ Nase 2 „ 5 H. Geheilt.
   f) „ „ „ „ 6 „ 5 H. (Alum.-Filter $^{55}/_{100}$) mit 3 Wochen Zwischenraum. Geheilt.
   g) Epith. exulcer. der Nase 3mal 5 H nach vorheriger Auskratzung. Geheilt.
   h) „ „ „ „ 3 „ 5 H (Alum.-Filter $^{55}/_{100}$) nach Auskratzung. Geheilt.

Digitized by Google

i) Epith. (perlé) der Nase 1 mal 7 H nach Auskratzung. Geheilt.
k) „ exulcerans des Nasenflügels 3 mal 5 H (Alum.-Filter $^{55}/_{100}$) nach Auskratzung. Geheilt.
l) 3 Epith. exulcer. der Nase. 6 mal 5 H. Auf dem Weg der Heilung.
m) Großes Epitheliom exulc. des Thenar. Tod ohne Behandlung.
n) „ „ der Stirn. Alle 14 Tage 5 H (mit Aluminiumfilter $^{55}/_{100}$). Weit vorgeschrittene Epithelisierung.
o) Epithelioma terebrans der Nase und Wange. Alle 14 Tage 5 H (mit Filter). Tod.
p) Multiple senile Epitheliomatose 5 H (mit Filter) 2 mal monatlich. Geheilt.
q) Hautkarzinom 5 H alle 14 Tage. Tod durch Metastase.

3. Lupus vulgaris. Die Behandlung bestand in der Applikation von mehrmals (2—9 mal) 3—4 H in Abständen von 14 Tagen bis 4 Wochen mit Aluminiumfilter $^{50}/_{100}$. Die phototherapeutischen Sitzungen schwankten zwischen wenigen und 166. Resultate wie üblich.

4. Lupus erythematosus. 4 Fälle wurden mit Röntgenstrahlen behandelt und geheilt. Es wurde a) 5 mal 3 H, b) 6 mal 3 H, c) 3 mal 3 H und im letzten Falle d) 2 mal 4 H gegeben.

5. Naevi.
a) Kleiner angiomat. Naevus der Stirn 2 mal 5 H, geheilt.
b) Naev. vasc. plan. der Wange. Wöchentlich während 6 Monaten 4 H (Aluminiumfilter $^{55}/_{100}$ und $^{75}/_{100}$). In Heilung begriffen.
c) Angiomatöser Naevus, tumorartig, der Wange 3 mal 5 H (Aluminiumfilter $^{30}/_{100}$). Geheilt.
d) Angiomatöser Naevus der Stirn 4 mal 5 H. Geheilt.
e bis f) Zwei tumorartige, angiomatöse Naevi der Kopfhaut 2 mal 5 H. Geheilt.

6. Adenitis tuberculosa. 19 Fälle, welche 2—18 mal 4 H mit Aluminiumfilter bekamen, wurden alle gut beeinflußt. Gunsett-Straßburg.

VII. Internationaler Dermatologen-Kongreß in Rom. Der im September 1911 wegen der in Italien herrschenden Cholera vertagte VII. Internationale Dermatologen-Kongreß findet vom 8. bis 13. April 1912 unmittelbar vor dem Internationalen Tuberkulosekongreß statt. Die italienischen Bahnen gewähren den Teilnehmern eine Ermäßigung. Anmeldungen zu Vorträgen nimmt der Sekretär für Deutschland, Hr. Sanitätsrat Dr. O. Rosenthal, Berlin W 35, Potsdamerstr. 121 g., bis zum 20. Januar entgegen.

Sanitätsrat Dr. Max Joseph (Berlin) und Dr. E. Galewsky (Dresden) erhielten den Titel Professor.

Dr. Jader Cappelli und Dr. M. Nencioni, Assistenten der Klinik von Professor C. Pellizzari in Florenz, habilitierten sich als Privatdozenten für Dermatologie und Syphilis.

In Dresden wurde unter dem Vorsitze von Prof. J. Werther eine Vereinigung der Dermatologen und Urologen begründet.

Der VII. internationale medizinische Kongreß wird vom 6. bis 12. August 1913 in London stattfinden. Präsident der 13. Sektion (Hautkrankheiten und Syphilis) ist Sir Malcolm Morris.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

27. Januar 1912 | Nr. 4 | Band 54

Aus der venereologischen und dermatologischen Klinik der Kgl. Universität Turin. (Vorstand: Prof. S. Giovannini)

Über die Diagnose der Lues durch die Intradermoreaktion[1]).

Von

Dr. Artur Fontana, Oberassistent.

Neisser (1) teilte im März 1908 mit, es sei ihm gelungen, bei Syphilitikern durch Extrakte aus spirochätenreichen Organen positive Kutireaktionen von verschiedener, zwischen einem einfachen Erythem und einer wahren und echten deutlichen Infiltration schwankender Intensität hervorzurufen, während bei Nichtsyphilitikern die Reaktion fast stets negativ ausfiel.

Diese Versuche wurden in demselben Jahre von Tedeschi (2) mit wässerigen Extrakten aus Primäraffekten wiederholt. Dieser Autor erhielt bei 18 Luetikern zwölfmal ein positives Resultat, während Ciuffo (3) bei seinen Versuchen von Kuti- und Okuloreaktion mit Bouillon-Glyzerinextrakten aus der Leber, der Milz und den Lymphdrüsen eines Erbsyphilitikers und aus der Plazenta einer luetischen Frau nur negative Resultate erzielen konnte.

Später haben Nicolas, Favre, Gauthier (4) und Charlet (5) Versuche mit konzentriertem und auf 115° C erwärmtem Glyzerinextrakt aus syphilitischer Leber, welchen sie mit dem Namen Syphilin belegten, ausgeführt; ihre Versuche mit der Methode der Kutireaktion fielen größtenteils negativ aus, während die Intradermoreaktion bei 29 Luetikern 13mal deutlich positiv, charakterisiert durch Rötung und durch Dermainfiltrate in Form deutlicher Knoten und 4mal leicht positiv (Rötung und mittelmäßige Infiltration der Haut) ausfiel. Bei mehreren Nichtluetikern fiel die Reaktion hingegen negativ aus, mit Ausnahme eines jungen Mannes mit Harnröhrentripper, bei welchem die Reaktion ein zweifelhaftes Resultat ergab.

Nicolas und Favre (6) haben später vergleichende Untersuchungen über die Intradermoreaktion mit dem Syphilin und die Wassermannschen

[1]) Ins Deutsche übertragen von Dr. med. K. Rühl-Turin.

Digitized by Google

Reaktion bei 50 Individuen ausgeführt und miteinander übereinstimmende Resultate erhalten.

Bertin und Le Bruyant, welche verschiedene wässerige und Glyzerinextrakte aus syphilitischer Leber benutzten, haben bei 43 Versuchen nur dreimal eine positive Kutireaktion und bei 36 Intradermoreaktionen nur zweimal ein positives Resultat beobachtet.

Kürzlich haben Loeper, Desbouis und Dubeaux (8) mitgeteilt, daß sie mit der intradermatischen Inokulation von konzentrierten Lösungen von glykokollsaurem Natrium eine positive Reaktion bei allen Syphilitikern des primären und sekundären Stadiums, bei fast allen Tertiärluetikern, bei 10 Proz. der Fälle von Paralysis progr. und nur bei 15 Proz. der normalen Individuen erhalten haben.

Die Verschiedenheit der Resultate, welche von den genannten Autoren erhalten wurden, hat mich dazu veranlaßt, die Versuche derselben zu wiederholen, meine Resultate durch die Wassermannsche Reaktion zu kontrollieren und außerdem Versuche mit Substanzen auszuführen, welche mir theoretisch zu der Intradermoreaktion bei Syphilitikern geeignet schienen. Dabei hielt ich es für notwendig, die Resultate mit denjenigen zu vergleichen, welche ich bei einer möglichst großen Anzahl von Nichtsyphilitikern erhielt. Von Versuchen mit der Kutireaktion habe ich ganz abgesehen, weil mir solche keine wertvollen Resultate zu versprechen schienen.

Für meine Versuche wurden folgende Substanzen hergestellt:

1. Syphilin, d. h. ein Glyzerinextrakt aus spirochätenreichen Schleimpapeln. Um denselben herzustellen, zerrieb ich in einem sterilen Mörser Stückchen von Schleimpapeln mit der fünffachen Menge (Gewicht) neutralen Glyzerins, ließ diese Aufschwemmung während zehn Tagen an einem kühlen und dunklen Orte mazerieren, filtrierte durch Leinwand und verteilte das Filtrat auf mehrere kleine Ampullen, welche zugeschmolzen und drei Tage hintereinander einmal täglich eine Stunde lang auf 56° C erwärmt wurden. Danach legte ich die Ampullen in eine Schachtel und stellte diese an einen kühlen Ort, wo ich sie, bevor ich sie benutzte, zwei Monate liegen ließ.

2. Zehnprozentige Lösungen von glykokollsaurem Natrium in destilliertem sterilem Wasser.

3. Lezithin. Die Beobachtungen von Porges und Meier, daß manche syphilitische Sera die Lezithinlösungen fällen, legten mir den Gedanken nahe, zu untersuchen, ob das Lezithin, intradermatisch eingeimpft, imstande sei, bei Syphilitikern irgend eine spezifische Reaktion hervorzurufen. Diesbezüglich sei jedoch erwähnt, daß die Versuche von Oppenheim (3) und Ciuffo (3), mit Lezithin eine Kutireaktion zu erzeugen, negativ ausfielen.

Digitized by Google

Unter den verschiedenen Lezithinen des Handels wählte ich das Phosphoplasmin (Eilezithin) aus, weil jeder Ampulle ein Gosioscher Indikator beigegeben ist, welcher es gestattet, die Sterilität des Präparates nachzuprüfen.

4. Extrakt aus Meerschweinchenherz. Es wurde durch die Untersuchungen von Landsteiner, Müller und Bötzl bekanntlich nachgewiesen, daß man bei der Ausführung der Wassermannschen Reaktion als Antigen an Stelle des alkoholischen Extraktes aus syphilitischer Leber mit ausgezeichnetem Erfolge einen Extrakt aus Meerschweinchenherz anwenden kann. An Stelle des alkoholischen Extraktes, welcher die Gewebe reizt, bereitete ich nach dem für die Herstellung des Syphilins angegebenen Verfahren ein Glyzerinextrakt.

Die Inokulationen wurden stets auf sorgfältig aseptischem Wege, den Angaben von Mantoux gemäß, ausgeführt. Nach der Inokulation wurde der Arm stets verbunden; die Untersuchung geschah regelmäßig 24 Stunden nach der Einimpfung; die früh und spät eintretenden Reaktionen wurden nicht berücksichtigt; als positiv wurde die Reaktion betrachtet, wenn nicht nur einfache Hyperämieflecken, sondern wahre und echte weizen- bis maiskorn- und mehr große Infiltrate auftraten.

Die Intradermoreaktion mit dem Syphilin wurde bei 51 Luetikern und 16 syphilisfreien Individuen ausgeführt. Bei den Syphilitikern fiel sie 27mal (= bei 53 Proz.), bei den Nichtsyphilitikern nur 2mal (= bei 12,5 Proz.) positiv aus.

Die Resultate waren auf die verschiedenen Stadien der Krankheit folgendermaßen verteilt:

Anzahl	Krankheitsform	Posit. Resultat	Negat. Resultat
5	Primärlues	3	2
33	Sekundärlues	15 (= 45%)	18
3	Tertiärlues	3	0
10	Latente Lues	6	4
11	Nichtluetiker	2	14

Das Resultat der Reaktion wurde durch den Umstand, ob der Patient behandelt worden war oder nicht, keineswegs beeinflußt.

Bei 40 der obigen Luetiker konnte ich zu gleicher Zeit die Wassermannsche Reaktion ausführen. Die Resultate der vergleichenden Untersuchungen habe ich in der Tabelle, S. 112, zusammengestellt.

Aus diesen Zahlen ergibt sich die auffallende Überlegenheit der Wassermannschen Reaktion.

Es ist jedoch aus der ziemlich großen Zahl der Intradermoreaktionen, welche besonders bei Primär- und Tertiärlues und bei latenter Syphilis

Digitized by Google

Anzahl	Krankheitsstadium	Posit. Resultate der Wassermannschen Reaktion	Posit. Resultate der Syphilinreaktion
5	Primärlues	3	3
26	Sekundärlues	24	11
3	Tertiärlues	3	3
6	Latente Lues	4	2
40		34 (= 85%)	19 (= 47,5%)

(vgl. auch Nicolas und Favre) beobachtet wurden, zu schließen, daß die Intradermoreaktion einen gewissen praktischen Wert hat. Vielleicht wird man auch noch bessere Resultate erzielen können, wenn das Verfahren der Herstellung des Syphilins vervollkommnet sein wird, so daß man einen sehr wirksamen Extrakt wird gewinnen können und in der Lage sein wird, denselben leicht zu titrieren und zu konservieren, ähnlich wie es heutzutage bei dem Tuberkulin der Fall ist.

Mit dem glykokollsauren Natrium erhielt ich bei 29 Syphilitikern 12mal, d. h. in 40 Proz. der Fälle, eine positive Reaktion. Bei 15 Nichtluetikern fiel hingegen die Natriumglykokolat-Reaktion stets negativ aus.

Die Resultate waren folgendermaßen verteilt:

Anzahl	Krankheitsform	Posit. Resultate	Negat. Resultate
1	Primärlues	0	1
21	Sekundärlues	8 (= 38%)	13
7	Latente Lues	4	3
15	Nichtsyphilitiker	0	15

Bei 22 der Syphilitiker wurde zu gleicher Zeit die Wassermannsche Reaktion ausgeführt, und zwar mit folgenden Ergebnissen:

Anzahl	Krankheitsform	Positive Wassermann-Reaktion	Positive Natriumglykokolat-Reaktion
1		0	0
18		18 (= 100%)	5 (= 38,4%)
3		0	1
22		18 (= 81,8%)	6 (= 27%)

Aus obigen Zahlen ersieht man, daß die Loeperesche Reaktion, obwohl sie bei Nichtluetikern stets negativ ausfiel, bei Syphilitikern in einer zu geringen Anzahl von Fällen positiv ausfiel, um hoffen zu können, sie praktisch mit Erfolg anwenden zu können. Ich bin auch überzeugt, daß man von der Anwendung von Lösungen mit stärkerer Konzentration keine besseren Resultate zu erwarten hat, weil in diesem Fall eine reizende und kaustische Wirkung der Flüssigkeit auf die Gewebe zu befürchten ist.

Digitized by Google

Die Versuche mit Phosphoplasmin ergaben bei 18 Syphilitikern und ebenso bei 16 Nichtsyphilitikern dreimal eine positive Intradermoreaktion. Die Intradermoreaktion mit Glyzerinextrakt aus Meerschweinchenherz fiel bei 3 Luetikern dreimal und bei 10 Nichtluetikern zweimal positiv aus; da ich sowohl mit dem Lezithin wie mit dem Herzextrakt keine auf eine luetische Infektion zurückführbaren charakteristischen Reaktionen erhalten hatte, nahm ich von einer Fortsetzung der Versuche in dieser Richtung Abstand.

Ich kann also aus meinen Untersuchungen die Schlußfolgerung ziehen, daß nur das Syphilin ziemlich befriedigende Resultate ergeben hat, nach welchen man vielleicht hoffen darf, daß die Intradermoreaktion in der Zukunft wertvolle Dienste bei der Syphilisdiagnose leisten wird.

Literatur.

1. Neisser, Mitteilung in der Berliner med. Gesellschaft, 4. März 1908.
2. Tedeschi, Gazzetta degli ospedali, 1908, Nr. 59.
3. Ciuffo, X. Versammlung der Italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilidologie, 18. Dezember 1908. (Ref. Giornale ital. Mal. veneree e della pelle, 1909, Nr. 1, S. 170.)
4. Nicolas, Favre und Gauthier, Comptes rendus de la Société de Biologie de Paris, 12. Februar 1910.
5. Nicolas, Favre, Gauthier und Charlet, Société médicale des Hôpitaux, 3. März 1910, und Lyon médicale, 20. März 1910.
6. Nicolas und Favre, Société médicale des Hôpitaux, April 1910.
7. Bertin und Le Bruyant, Comptes rendus de la Société de Biologie de Paris, 9. April 1910.
8. Loeper, Desbouis und Dureaux, Société médicale des Hôpitaux, Januar 1911.
9. Oppenheim, Wiener med. Wochenschrift, Nr. 19, 1908.

Nachträgliche Bemerkung.

Als gegenwärtige Arbeit bereits dem Verleger überhändigt war, erschien eine Arbeit von Noguchi (Münchner med. Wochenschr., 1911, Nr. 45, S. 2372), welcher mit der Methode der Intradermoreaktion ausgezeichnete Resultate bei Syphilis erhalten und für dieselbe einen Extrakt aus Reinkulturen von Spirochäten hergestellt und mit dem Namen Luetin belegt hat.

Digitized by Google

Aus dem St. Ludwig-Hospital in Turin.

Beitrag zum Studium des sogenannten „Granuloma annulare" (R. Crocker).

Von

Privatdozent Karl Vignolo-Lutati.

(Schluß.)

In dem Fall, den Audry 1904 mit denjenigen von C. Fox und von Dubreuilh identifizierte und mit der Benennung: Erythématoscléroses circonscriptes belegte, handelte es sich um in der Nähe der interdigitalen Räume sitzende kleine, harte, glänzende, ringartig konfluierende Erhabenheiten, welche fast normale Hautzonen umschrieben. Der histologische Befund ähnelte nach Audrys Angaben demjenigen von Dubreuilh.

Die von Rasch und Gregersen aufgestellte Hypothese einer sarkoiden Neoplasie wurde zuerst von Brocq angenommen und von diesem Autor zum Teil durch die Bezeichnung: Neoplasie circinée benigne modifiziert, und später, als Brocq, sich der Audryschen Auffassung nähernd, die Fälle Dubreuilhs, Galloways und Crockers in das Kapitel der Erytheme einreihen wollte, gänzlich modifiziert.

In dem Fall, welchen Galewsky 1908 mit den früher von Fox, Dubreuilh, Galloway, Rasch und Gregersen beschriebenen identifizierte, handelte es sich um zirzinierte Flecken von harter Konsistenz, welche infolge einer Arsenikbehandlung ausheilten und eine leichte Atrophie zurückließen, und in histologischer Beziehung im wesentlichen dem von Rasch und Gregersen beschriebenen Befunde entsprachen.

Graham Little untersuchte in einer kritischen Übersicht alle früher veröffentlichten Fälle und einige andere noch unveröffentlichte (darunter sechs eigene Beobachtungen) und versuchte, sich auch auf die in vier seiner Fälle ausgeführten pathologisch-anatomischen Untersuchungen stützend, unter einem einheitlichen klinischen und histologischen Bilde eine Dermatose zusammenzufassen, welche er unter der von Crocker vorgeschlagenen Benennung: Granuloma annulare beschrieb. Histologisch näherte sich der erste Fall Graham Littles der Beschreibung Crockers. Die Epidermis war nicht normal: man beobachtete eine Verdickung der Hornschicht und der granulösen Lage. Im tiefen Derma und in der Umgebung der Schweißdrüsenknäuel war eine Infiltration mit

Digitized by Google

uninukleierten, mit epitheloiden und mit Bindegewebszellen nachweisbar, und im Zentrum des Infiltrates konnte man die Zeichen einer Zellennekrose erkennen.

Dalla Favera hat aber 1908 hervorgehoben, daß es unter den 49 von Graham Little gesammelten Fällen einige gibt, deren Diagnose wohl angezweifelt werden kann (dritter Fall von G. Little, Fälle von Hyde, Darier, Mac Leod); der histologische Befund des Falles Savills entsprach seinen Charakteren nach dem Lichen planus.

Der von Dalla Favera beschriebene Fall von Granuloma annulare bezog sich auf scheibenartige rosige, auf den Handrücken und den Fußknöcheln lokalisierte Effloreszenzen, welche nach einem Anfall von rheumatischen Schmerzen aufgetreten waren und infolge einer Arsenkur verschwanden. Histologisch war die Hornschicht verdickt und das Malpighische Netzwerk leicht hyperplastisch mit der Folge einer Vergrößerung der interpapillären Zapfen: im mittleren Derma beobachtete man eine in der Umgebung kleiner erweiterter Gefäße mit aufgequollenen oder wuchernden Endothelien strangartig angeordnete Infiltration, bestehend aus mehrkernigen Leukozyten, Lymphozyten, großen einkernigen Zellen, Bindegewebszellen, zahlreichen Mastzellen, seltenen Plasmazellen. In den Infiltraten war kein Elastin nachweisbar. Dalla Favera deutete seine Befunde als einen chronischen Entzündungsprozeß des mittleren Dermas, nahm hier denselben auf Grund der perivaskulären Anordnung des Infiltrates einen hämatogenen Ursprung — dieser war in der Arbeit Graham Littles nicht nachgewiesen oder kaum angedeutet — an und äußerte die Meinung, sein Befund und die von Graham Little zusammengefaßten seien verschiedene Grade eines und desselben Prozesses.

Der 1909 von Cappelli mitgeteilte Fall von Granuloma annulare betraf eine schleichend auf der dorsalen Gegend der Hand in der Nähe des metakarpo-phalangealen Gelenkes des Mittelfingers entstandene Efloreszenz, welche anfangs zirziniert war und im Laufe von 6 Monaten ringförmig wurde. Der rosige, erhabene, glatte Ring umschloß eine übernormal rote Hautzone, welche eine teigigere Konsistenz als der Rand aufwies, und auf welcher knochenartige, rosige, dem peripheren Saum ähnliche Erhabenheiten sichtbar waren. Die histologische Untersuchung des peripheren Saumes zeigte, daß hier die Epidermis normal war, während im Derma, welches ein leichtes diffuses Ödem zeigte, die Infiltration besonders in den mittleren und tieferen Schichten lokalisiert und strangartig und herdweise in der Umgebung der dilatierten Kapillaren und kleinkalibrigen Gefäße mit aufgequollenem Endothel angeordnet war. Sie bestand aus großen uninukleierten Zellen, jungen Binde-

Digitized by Google

gewebszellen, lymphozytoiden Zellen, polymorphkernigen Leukozyten und einzelnen Mastzellen. Plasmazellen und Riesenzellen waren nicht nachweisbar. In den älteren Herden beobachtete man eine ausgesprochenere fibroblastische Tendenz: im tiefen Derma konnte man mitten im Infiltrat einen Nekroseherd beobachten, welcher auch das kollagene und elastische Gewebe betraf. Cappelli nahm ebenso wie Dalla Favera einen chronischen Entzündungsprozeß hämatogenen Ursprungs an. Es lag nahe, die als Ausgang der Effloreszenz nach einer Arsenbehandlung eingetretene leichte Atrophie als den klinischen Ausdruck eines von der ausgesprocheneren Fibroblastose, welche in der Umgebung der älteren Herde nachweisbar war, abhängenden Sklerosеprozesses zu deuten.

Colcott Fox (1895) betrachtete seinen Fall von ringed eruption als eine Varietät des Erythema elevatum diutinum von Crocker. Galloway (1899) verglich seinen Lichen annularis ebenfalls mit dem Erythema elevatum et diutinum. Crocker war der Ansicht, man könne den Lichen annularis von Galloway schwerlich von einigen Fällen unterscheiden, welche er als Erythema elevatum et diutinum diagnostiziert hatte. Audry faßte 1904 das Erythema elevatum et diutinum und das Granuloma annulare unter der Benennung: Erythématosclérose zusammen.

Dalla Favera beschäftigte sich 1910 wieder mit dieser differentialdiagnostischen Frage, bezeichnete seinen 1908 als Granuloma annulare beschriebenen Fall ebenso wie einen neuen beobachteten als Erythema diutinum et elevatum und unterschied sie beide klinisch und histologisch von einem dritten, ebenfalls neuen, von ihm beobachteten Fall, welcher nach seiner Ansicht das Bild des Crockerschen Granuloma annulare in typischer Weise darstellte.

In Dalla Faveras beiden Fällen von Erythema elevatum et diutinum waren die Effloreszenzen, entsprechend der Auffassung Crockers und Williams, akut aufgetreten, anfangs begleitet von rheumatoiden Gelenkschmerzen und allgemeinem Unwohlsein, und in einem Fall (1908) auf beiden Handrücken und den Fußknöcheln, im anderen auf den Handrücken, den Streckseiten der Vorderarme, den Ellbogengegenden, den Knieschеiben, den Fußknöcheln, den Fußrücken lokalisiert. Die beiden Fälle hatten histologisch große Ähnlichkeit.

Im großen und ganzen würde das Erythema elevatum et diutinum klinisch (Entstehungsweise, Sitz, Verlauf) und histologisch eine große Verwandtschaft mit den chronischen Erythemen haben: bei dem Erythema elevatum sollen jedoch die Effloreszenzen fixer und härter sein, einen chronischeren Verlauf und ein weniger erythematöses, mehr fibroides Aussehen, infolge einer parakeratotischen Verdickung der Epidermis,

Digitized by Google

haben. Die Infiltration, in welcher man jedoch Zeichen von Zellennekrose beobachtet, ist, ebenso wie bei den chronischen Erythemen, in der Umgebung der erweiterten Gefäße angeordnet, aber frei von Ödem, und betrifft vorwiegend das mittlere und tiefe Derma, während sie den Papillarkörper fast frei läßt.

Dalla Favera identifiziert ferner auf Grund des klinischen und histologischen Befundes mit seinen beiden einen von Audry unter der Bezeichnung: Erythématosclérose pemphigoide beschriebenen Fall, in welchem jedoch, in histologischer Beziehung, im Gegensatz zu seinen Fällen, eine sklerotische Evolution des Bindegewebes nachweisbar war, und einen Fall von Halle, welchen dieser Autor in der Deutschen dermatologischen Gesellschaft unter der Diagnose Erythema elevatum et diutinum mitteilte, und schließlich einen Fall von Adamson, welchen Graham Little bereits als Granuloma annulare gedeutet hatte.

In dem dritten, klinisch und histologisch als ein typisches Granuloma annulare diagnostizierten Falle Dalla Faveras, den dieser Autor mit denjenigen von Dubreuilh, Galloway, Rasch und Gregersen, Galewsky und mit einem großen Teil derjenigen verglich, die Graham Little gesammelt hat, handelte es sich um eine einzige Effloreszenz auf der Rückenfläche der metakarpo-phalangealen Gelenklinie des rechten Zeigefingers. Diese chronisch verlaufende Effloreszenz hatte eine ringförmige Gestalt, d. h. einen peripheren, erhabenen, rosigen Rand keloiden Aussehens und ein eingesunkenes Zentrum. Histologisch war die Hornschicht und die granulöse Lage verdickt, der Papillarkörper unverändert. Die aus zerstreuten Herden gebildete Infiltration war im mittleren und tiefen Derma lokalisiert; in den Infiltrationsherden konnte man eine zentrale amorphe, durch Nekrose nicht nur der Zellen, sondern auch des kollagenen und elastischen Gewebes entstandene und eine periphere granulomartige Zone (Riesenzellen, epitheloide Zellen, leukozytoide Zellen, lymphoide Zellen, wenige Mastzellen und Plasmazellen, seltene mehrkernige Leukozyten) unterscheiden. Die der eingesunkenen Hautzone entsprechenden Herde zeigten eine ausgesprochene fibroblastische Tendenz.

Man muß offenbar, auf Grund der Beschreibungen der Autoren, anerkennen, daß das Erythema elevatum et diutinum und das Granuloma annulare klinische Unterschiede aufweisen, welche sich im wesentlichen auf die Weise, in welcher die Dermatose beginnt und auf die Verteilung der Effloreszenzen bezieht, indem, während bei dem Erythema elevatum et diutinum die Effloreszenzen akut auftreten, durch Gelenkschmerzen und allgemeines Unwohlsein angekündigt werden und sich an mehreren Stellen lokalisieren, das Granuloma annulare hingegen

Digitized by Google

in schleichender Weise auftritt, von keinen subjektiven Störungen begleitet ist und sich meistens durch eine einzige zirzinierte oder ringförmige Effloreszenz äußert, welche auf dem Handrücken in der Nähe der metakarpo-phalangealen Linie ihren Sitz hat. Andererseits aber muß man zugeben, daß die morphologisch-klinische Ähnlichkeit und der gemeinsame chronische Verlauf die Zweifel der Autoren bei der Trennung der beiden Dermatosen rechtfertigen. Wie dem auch sei, DALLA FAVERA schließt aus seinen drei Beobachtungen mit vorsichtigem Vorbehalt in dem Sinne, daß zwischen den beiden Dermatosen pathologisch-anatomische Differenzen bestehen, indem bei dem Granuloma annulare die mikroskopischen Charaktere eines granulomatösen Gewebes vorliegen, während der histologische Befund des Erythema elevatum et diutinum mehr dem Bilde der chronischen Erytheme entspricht. Die differentialdiagnostischen Zweifel rechtfertigt ferner noch, neben der Tatsache, daß DALLA FAVERA die Diagnose eines seiner Fälle nachträglich änderte, der Umstand, daß dieser Fall von HOFFMANN mit einem von HALLE bei der X. Versammlung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft mitgeteilten und von HALLE selbst im Archiv f. Dermat. veröffentlichten Falle identifiziert wurde, aus dessen Beschreibung hervorgeht, daß HALLE das Erythema elevatum et diutinum noch mit dem Granuloma annulare zusammenwarf.

Wenn wir die histologischen Befunde der verschiedenen Autoren beim Granuloma annulare genauer betrachten, so können wir, abgesehen von den Besonderheiten der einzelnen Fälle, daraus schließen, daß es sich stets um eine chronische Entzündung handelt, welche durch graduelle Übergänge entweder einen ausgesprochenen sklerotischen Typus annehmen und in diesem Fall die Bezeichnung AUDRYS Erythematosclérose, oder vielmehr, wie in dem von DALLA FAVERA in seiner zweiten Arbeit beschriebenen Falle von Granuloma annulare, einen dystrophischen Charakter, oder endlich, wie in einigen Fällen, einen gemischten resp. sklerotisch-dystrophischen Typus, mit Überwiegen bald der Sklerose, bald der Dystrophie, annehmen kann. Das Granuloma annulare CAPPELLIS scheint mehr dem Bilde der AUDRYschen Erythématosclérose zu entsprechen.

In den Fällen von chronischer Dermitis sklerotischen Typus wandeln sich die Bindegewebszellen und die Uninukleierten vorwiegend in Fibroblasten um, und es entstehen kompakte Faserbündel; in den Fällen von chronischer Dermitis des dystrophischen Typus wandeln sich hingegen die von der Dystrophie befallenen Bindegewebszellen in Riesenzellen und epitheloide Zellen (Granuloma) um. Die Dystrophie geht in eine Zellennekrose über und die nekrotischen Herde werden durch weitere in Fibroblasten umgewandelte Bindegewebszellen und Uni-

Digitized by Google

nukleierte ersetzt. Mit anderen Worten, man könnte im histologischen Befunde des Granuloma annulare das beobachten, was man bei jeder chronischen Entzündung von nodulärem Typus beobachten kann, nämlich daß auf ein neoplastisches Stadium in mehr oder minder ausgesprochener Weise sukzessive ein degeneratives (dystrophisches) und ein nekrobiotisches Stadium folgen können: je nach der Dauer und dem Überwiegen der verschiedenen Stadien kann zu den verschiedenen Zeiten das histologische Bild ein verschiedenes sein. Bei den Infiltraten des Granuloma annulare geschieht es jedoch nicht, daß die entarteten und in amorphen kleinen und zerstreuten Nekrosenzonen umgewandelten zellularen Elemente durch eine Kontinuitätslösung, einem ulzerösen Stadium entsprechend, ausgeschieden werden, sondern die genannten Elemente werden stets in loco durch phagozytotische Tätigkeit resorbiert. In den Herden, wo die endotheliale Wucherung mehr intra- als perivaskulär ist, könnte man zu einer gewissen Zeit die Gefäße im Zentrum der Herde selbst nicht mehr erkennen. Diese würden einer Dystrophie und Nekrose anheim fallen, es würden Elemente mit funktionellem Phagozytosezustande (mehrkernige Leukozyten, Mikrophagen im Befunde Dalla Faveras) ins Feld treten, welche das pathologische Feld sozusagen räumen resp. reinigen und das Derma durch mehr oder minder ausgesprochene sklerotische und atrophische Erscheinungen in einen Zustand des Stillstandes einer jeden pathologischen, sowohl neoplastischen wie destruktiven Bewegung überführen würden. Obwohl die spärliche Zahl der bisher gesammelten Beobachtungen nicht ein endgültiges Urteil in diesem Sinne aussprechen, so liegt doch die Annahme nahe, daß in der regressiven Phase dieses besonderen chronisch entzündlichen Prozesses graduelle Übergänge, von einer auf kleine nur histologisch nachweisbare Zonen umschriebenen Sklerose bis zu einer ausgedehnteren und infolgedessen auch klinisch in Form einer atrophischen Einsenkung merkbaren Sklerose vorkommen können.

Die histologischen Befunde, welche ich aus der bei meiner Pat. ausgeführten Biopsie gewinnen konnte, entsprachen eben, wie bereits bemerkt, dem Bilde einer chronischen Entzündung von sklerotischem Typus und hatten vielleicht einige Verwandtschaft mit dem histologischen Bilde von Cappelli und demjenigen der Erythématosclérose Audrys. In der Tat, auch bei meiner Pat. äußerte sich die klinische Heilung der Effloreszenz durch atrophische Vertiefung. Es war mir nicht möglich, zu dieser Zeit eine zweite Biopsie auszuführen; ich konnte aber bereits bei der ersten aus einem Vergleich zwischen den histologischen Befunden des erhobenen Randes, wo der Prozeß noch eine Neigung zur Progression zeigte, und denjenigen der eingesunkenen Zone, wo der Prozeß in Regression

Digitized by Google

begriffen war, auch den Mechanismus der mikroskopischen Heilung entnehmen.

Morphologisch-klinische diagnostische Betrachtungen.

Auf Grund des bisher Gesagten kann man nicht in Abrede stellen, daß das sogenannte Granuloma annulare ein so charakteristisches morphologisch-klinisches Bild darstellt, daß es gerechtfertigt erscheint, dieses Hautleiden als eine selbständige pathologische Entität zu individualisieren.

Die schleichende Entstehungsweise, der chronische Verlauf ohne subjektive Störungen, der Prädilektionssitz auf dem Handrücken in der Nähe der metakarpo-phalangealen Linien, und das Auftreten in Form von Effloreszenzen, welche das Aussehen mehr oder minder rosiger papuloider oder nodulärer Erhabenheiten haben, die ring- oder halbringartige Gestalt, bilden zusammen ein für diese Dermatose ziemlich charakteristisches Bild.

Wie beginnt aber morphologisch diese Dermatose? Wie evolviert sie? In welcher Weise entsteht ihre besondere Gestalt?

Kein Autor hat diese Dermatose in ihrem allerersten Auftreten beobachtet; das schleichende Anfangsstadium ohne subjektive Störungen ist allen Beobachtern entgangen, und alle Beschreibungen beziehen sich auf die bereits entwickelte Dermatose, d. h. auf ein Stadium, in welchem die charakteristische Gestaltung der Effloreszenzen auf eine ziemlich vorgeschrittene Evolutionsphase des Prozesses hindeutete.

Es liegt jedoch die Annahme nahe, daß, wie ich z. B. in meinem Falle beobachten konnte, die Dermatose sich zuerst durch ein echtes erythematöses Stadium äußert, welches meistens einer jeden klinischen Beobachtung entgeht, weil meistens auf dasselbe nach Kurzem jene Phase der intradermatischen Infiltration des morphologischen nodulären Typus folgt, welche dann durch die Charaktere der Chronizität und der Gestaltung auffällt. Auch in einem Fall von Audrys bestand zu gleicher Zeit die reine erythematöse Form. Danach sollte man den Anschauungen von Audry und Brocq beipflichten, welche das Granuloma annulare unter die sogenannten chronischen Erytheme einreihen, welche ebenfalls dieselben klinischen Charaktere des Verlaufes, des topographischen Sitzes und des Polymorphismus aufweisen, indem es bei ihnen von einer einfachen erythematösen Äußerung bis zu knochigen Formen kommen kann.

Die klinische Beobachtung, unterstützt durch die histologischen Befunde, hat nachgewiesen, daß die Dermatose eine langsame exzentrische, zentrifugale Bewegung hat. In der Tat, die Autoren haben bei den bereits geformten Effloreszenzen eine zentrale, bereits normale oder fast normale oder mehr oder minder atrophische Zone beschrieben, während

Digitized by Google

an der Grenze gegen die umstehende gesunde Haut ein deutlicher erhabener peripherer Saum hervortrat, in welchem die Dermatose noch in Bewegung begriffen erschien.

Graham Little ist jedoch der Ansicht, daß die Entstehung der ringartigen Gestalt nicht auf eine zentrifugale Progression der im zentralen Teil sich erschöpfenden einzelnen Knoten beruht, sondern oft auf das Zusammenfließen von benachbarten Knoten zurückzuführen ist, welche sich derart gruppieren, daß sie normale Haut einschließende Halbringe oder Ringe bilden. Dieser Anschauung Graham Littles kann man besonders bezüglich derjenigen Fälle beipflichten, in welchen die zentrale Hautzone ein normales Aussehen hatte; es ist aber keineswegs ausgeschlossen, daß dieses normale Aussehen auf einer Heilung und restitutio ad integrum einer früheren und nicht unter die Beobachtung gefallenen Effloreszenz beruhe.

Auch ist es nicht ausgeschlossen, daß bei dieser ebenso wie bei anderen Dermatosen eine und dieselbe Effloreszenzform in einer zweifachen Weise entstehen kann, d. h. durch Konfluenz und durch zentrifugale Progression.

Der klinische Charakter der exzentrischen Progression der Effloreszenz mit zentraler atrophischer Erschöpfung und das zuweilen papuloide Aussehen des peripheren Randes haben einige Autoren dazu veranlaßt, die Dermatose mit dem Lupus erythematodes oder mit einer Varietät des Lichen planus (Lichen planus atrophicus annulatus) zu verwechseln. So hat Galloway das Granuloma annulare unter dem Namen Lichen annularis beschrieben und Radcliffe Crocker 1893 in der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft, mit der Diagnose: Lupus erythematosus einen Fall mitgeteilt, welcher klinisch dem Bilde eines Lichen planus entsprach.

Ich habe diesen Fall Crockers in meiner Arbeit über den Lichen planus atrophicus erwähnt und dabei die Notwendigkeit einer Differentialdiagnose zwischen einigen atypischen, als Lupus erythematosus beschriebenen Formen und der atrophischen Varietät des Lichen planus hervorgehoben.

Der klinische Zweifel bezüglich des Lichen planus scheint andererseits bis zu einem gewissen Grade auch durch die Tatsache gerechtfertigt, daß das Granuloma annulare, ebenso wie der Lichen, der Arsenbehandlung nachgibt.

Aber auch abgesehen von den histologischen Differenzen, zeigt bei dem Lichen planus atrophicus, neben dem verschiedenen Sitz, eine genaue Besichtigung, daß stets der Charakter der typischen Papel erhalten ist, so daß in jedem Fall eine Differentialdiagnose möglich ist;

Digitized by Google

außerdem fehlen beim Granuloma annulare alle jenen anderen klinischen objektiven (typische Papeln, Läsionen der Schleimhäute) und subjektiven Begleiterscheinungen (Nervosität, Juckreiz), welche das Bild des Lichen planus atrophicus vervollständigen können.

Wenn wir dahingegen den wenn auch nicht notwendigen Übergang des Granuloma annulare zur Atrophie in Betracht ziehen und uns auf die Formen von atypischem Lupus erythematosus beziehen, welche Thibierge 1895 beschrieben hat, und bedenken, daß Warde behauptet hat, der Lupus erythematosus sei nicht als eine selbständige Krankheit, sondern als ein Symptomenkomplex mit wechselnder Ätiologie zu betrachten, und Brocq dieselbe Meinung geäußert hat, indem er den Lupus erythematodes als ein „erythème atrophique, une sorte de syndrome cutanée relevant de causes differentes" bezeichnet hat, so wird man leicht begreifen, wie einige morphologisch-klinische Erscheinungen diagnostische Zweifel auch bezüglich des Granuloma annulare erzeugen konnten und wie infolgedessen die Beobachter die Notwendigkeit einer Differentialdiagnose in dieser Richtung hervorheben konnten. Während aber das Granuloma annulare in Betracht eines seines nicht notwendigen Ausganges unter die umschriebenen Hautatrophien eingereiht werden kann, muß man immerhin bedenken, daß die Atrophie stets den Endausgang darstellt, zu welchem die Dermatose durch verschiedenartige klinisch-morphologische Thesen gelangt, und daß sie den gemeinsamen Exitus ätiologisch verschiedener Hautkrankheiten darstellen kann.

Ätiologie. Pathogenese.

Die bisherigen Deutungen der Pathogenese und Ätiologie des Granuloma annulare haben nie die Grenzen eines rein hypothetischen Falles überschritten.

Mit den negativen Resultaten der Untersuchungen der Mehrzahl der Beobachter steht auch mein Fall im Einklang; in demselben war sowohl hereditär wie anamnestisch auch in bezug auf Syphilis und Tuberkulose nichts Bemerkenswertes nachweisbar.

Es ist jedoch hervorzuheben, daß die Hypothese eines tuberkulösen Ursprungs besonders von jenen Autoren aufgestellt wurde, welche das Granuloma annulare als ein Tuberkulid deuteten und sich dabei auf die sehr fraglichen und bestrittenen pathologisch-anatomischen Ähnlichkeiten zwischen dem Granuloma annulare und dem Boeckschen Sarkoid stützten (Rasch, Gregersen, Galewsky).

In der Tat, wenn man auch annehmen wollte, daß solche histologische Verwandtschaften in einzelnen Fällen nachgewiesen wurden, so erscheint es immerhin sehr gewagt, aus histologischen Ähnlichkeiten auf

Digitized by Google

eine ätiologische Identität schließen zu wollen, um so mehr, wenn man bedenkt, wie sehr das Boecksche Sarkoid, welches von Kraus nicht als ein Tuberkulid, sondern als der Exponent einer mannigfaltigen Ätiologie betrachtet wird, bestritten ist.

Graham Little fand in 4 Fällen eine Tuberkulose-Heredität, in einem eine gleichzeitige Lungenspitzentuberkulose, und in einem anderen eine positive Kutireaktion. Die Spärlichkeit solcher klinischer Befunde kann aber keinen Wert als Stütze zu einer ätiologischen Hypothese haben.

Andererseits, wie könnte man, wenn man eine solche Ätiologie annehmen wollte, die in einigen Fällen durch die Arsenbehandlung erzielte Heilung erklären?

Andere Autoren zählen, wie bereits erwähnt, das Granuloma annulare unter die chronischen Erytheme. Diesbezüglich ist aber zu bemerken, daß, auch abgesehen von den histologischen und morphologischen Diskussionen, der Ausdruck „chronische Erytheme" ein allzu allgemeiner und unbestimmter ist, welcher keineswegs einer ätiologisch genau bestimmten dermatologischen Gruppe entspricht. Was sind in dermatologischer Beziehung die chronischen Erytheme? Selbst der Lupus erythematosus, welchen manche Autoren als ein Tuberkulid deuten, wird heute hingegen von anderen als ein chronisches atrophierendes Erythem beschrieben und auf verschiedene ätiologische Momente zurückgeführt, unter welchen auch die Syphilis angeführt wurde. Nicolas und Favre haben ein „érythème cutané en larges placards extensifs avec atrophodermie à types maculeux chez un tuberculeux" beschrieben. Wenn auch die histologisch-pathologischen Befunde andererseits meistens für die Annahme einer entzündlichen hämatogenen toxischen Natur des Granuloma annulare sprechen können, eine Annahme, welche auch im allgemeinen für alle sogenannten chronischen Erytheme aufgestellt wurde, so können wir vorläufig das Granuloma annulare in der unbestimmten Gruppe der chronischen Erytheme lassen, und abwarten, daß weitere zahlreichere Beobachtungen einen sicheren ätiologischen Beitrag liefern und erlauben, diese Dermatose in Einklang mit vollständigeren pathologisch-anatomischen Daten besser zu individualisieren.

Literatur.

Brocq, Traité élémentaire de dermat. pratique., T. II, 1907.
Brocq-Lenglet et Boisseau, Neoplasie circinée et nodulaire des extremités. Ann. de Dermat. et de Syph., 1904.
Crocker, R.-Williams, C. Erythema elevatum diutinum. Brit. Journal of Derm., 1894.
Crocker, R., Erythema elevatum diutinum. Brit. Journ. of Dermat., 1894, S. 148.
Crocker, R., Granuloma annulare. Brit. Journ. of Dermat., 1902, Bd. 14.

Digitized by Google

Crocker, R., Diseases of the skin, Bd. 1, 1905, Bd. 2.
Cappelli, J., Contributo allo studio del granuloma annulare. Giornale italiano malattie della pelle, 1909.
Dawson, G. W., A case of ringed eruption. Derm. Soc. of London. Ref. Brit. Journal of Dermat., 1905, Bd. 17.
Davis Haldin, Granuloma annulare. Derm. Soc. of London, 17. Februar 1910.
Dalla Favera, Beiträge zum Studium des sogenannten Granuloma annulare (R. Crocker). Società italiana di dermatologia, Riunione, 1908. Dermatologische Zeitschrift, 1908, Bd. 16.
Dalla Favera, Erythema elevatum diutinum und Granuloma annulare. XI Riunione Società italiana di dermatologia, 1909. Dermatologische Zeitschrift, 1910, Bd. 17.
Dubreuilh, W., Sur un cas d'éruption circinée de la main. Ann. de Dermatologie et Syphil., 1895.
Dubreuilh, W., Neoplasie nodulaire et circinée des extremités. Soc. franç. de dermatologie, 1905 (Annales de dermatologie).
Fox, Colcott, Ringed eruption on the fingers. Derm. Soc. of London (Ref. Brit. Journal of Derm.), 1895.
Fox, Colcott, Ringed nodular eruption in an infant. Brit. Journal of Dermat., 1896.
Galewsky, Ein Fall von benigner Sarkoidgeschwulst der Haut. Iconographia dermatologica, Fasc. III.
Galloway, Lichen annularis. Brit. Journal of Derm., 1899, Bd. 11.
Graham, Little, A case of a ringed eruption. Derm. Soc. of London. Ref. Brit. Journal of Dermat., 1905, Bd. 17.
Graham, Little, Granuloma annulare. Brit. Journal of Dermat., 1908.
Halle, Ein Beitrag zur Kenntnis des Erythema elevatum diutinum. Archiv f. Dermatologie u. Syph., 1909, Bd. 60.
Pellier, Steréo-phlogose nodulaire et circinée. Annales de dermat. et syph., 1910, I.
Rasch und Gregersen, Über einen neuen Typus von sarkoiden Geschwülsten der Haut. Archiv f. Dermat. u. Syphilis, 1903, Bd. 64.
Savill, Persistent ringed eruption. Ref. Brit. Journal of Dermat., 1905, Bd. 17.
Sequeira, Ringed eruption. Ref. Brit. Journal of Dermat., 1902, Bd. 14.
Wende, G. W., A nodular, terminating in a ring eruption. Journal of cut. diseases includ. Syphilis, 1909, Bd. 27.

Fachzeitschriften.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie.

November 1911.

Cylindrome im Gesicht und auf der behaarten Kopfhaut, von de Beurmann, Verdun und Bith. Bei einem 58jährigen Manne hatten sich in den letzten 20 Jahren zahlreiche Knoten auf der behaarten Kopfhaut, dann dem Hinterhaupte, dem Rücken und schließlich auf dem Nasenrücken und dem rechten unteren Augenlide entwickelt. Sie sind hirsekorn- bis hühnerei- und orangengroß, die kleineren sehr derb, die größeren etwas weicher, mit der Haut verwachsen, auf der Unterlage verschieblich, stellenweise ulzeriert. Sie wurden mit Radium, teils durch Bestrahlung, teils durch Penetration be-

Digitized by Google

handelt, wodurch die auf dem Kopfe befindlichen sich etwas zurückbildeten, während die im Gesicht befindlichen weiterwuchsen und sich sogar neu bildeten. Patient verfiel allmählich und starb nach 11monatlicher Behandlung plötzlich im Koma. Die Sektion ergab ausgebreitete Tuberkulose der inneren Organe, besonders der Nebennieren. Die Diagnose, die zuerst auf Mycosis fungoides gestellt worden war, lautete auf Grund des histologischen Befundes und des klinischen Bildes (langsamer Verlauf, spontanes Abheilen einzelner Knoten): Zylindrome.

Histologisch fanden sich Schläuche von Basalzellen, die im Innern ein feines Bindegewebsnetz zeigten und durch ein sehr zahlreiches Bindegewebe voneinander getrennt waren. In älteren Stücken zeigt sich eine allmählich zunehmende hyaline Degeneration des Bindegewebes, wodurch die Tumorzellen komprimiert und ihre Kerne zum Absterben gebracht werden. Die Verfasser konnten auch den Einfluß der Behandlung histologisch beobachten. Die Knoten auf dem Kopfe, die sowohl von außen, wie von innen mit Radium behandelt worden waren, zeigten ausgebreitetes hyalines Gewebe ohne Spuren von Epithelzellen. Bei den Knoten des Gesichtes, die nur bestrahlt worden waren, fand sich ein Übergang der Basalzellen in Stachelzellen. Die Verfasser erklären diesen verschiedenen Effekt mit der mangelhaften, reizenden Wirkung der Radiumbestrahlung.

Über eine neue Pilzerkrankung, von J. Brault und Lucien Masselot. Die Verfasser exzidierten bei einem Patienten drei kirschgroße, derbe, gedellte, nur wenig vereiterte Knoten von der linken Hinterbacke. Mikroskopisch erwies sich die Epidermis fast normal, die Papillen ausgezogen, die Kutis reich vaskularisiert und infiltriert, von kleinsten Abszessen durchsetzt. In diesen fand sich das Myzelium eines Pilzes, von zahlreichen, stark gefärbten, runden Körperchen besetzt. Diese nehmen dort, wo der Pilz in das Gewebe eindringt, an Zahl überhand. Durch Punktion der Knoten konnte der Pilz bei einem Optimum von 37° auf den gebräuchlichen Nährböden in Reinkultur gezüchtet werden. Auf festen Nährböden bilden sich weiße, dicke, aus Körnchen bestehende, oft Margaritenform annehmende Kulturen; in flüssigen Nährböden bildet der Pilz einen Schleier. Übertragungsversuche auf Ratten, Meerschweinchen, Kaninchen, Hühner und Tauben ergaben kein charakteristisches Resultat. Nur bei einer Ratte konnte in einem subkutanen Knoten und bei zwei Meerschweinchen im Peritoneum der Pilz nachgewiesen werden. Als Name wird Enantiothamnus Braulti vorgeschlagen, da sich die Konidien in Quirlform um die Pilzfäden anordnen.

Die bullösen Antipyrinexantheme in der Mundhöhle, von J. Nicolas und H. Moutot. Ein 30jähriger Patient hat auf zweimaligen Antipyringenuß einen Blasenausschlag im Munde und am Genitale erhalten. Drei Tage nach einer neuerlichen Dosis erkrankte er plötzlich an Nebelsehen und Schwere im Kopfe. Tags darauf schwoll seine Zunge an und es bildeten sich auf ihr, wie auf den Lippen, auf der Wangenschleimhaut und dem harten Gaumen zahlreiche, halberbsengroße, teils miteinander kommunizierende Blasen. Dazu gesellten sich Ausfluß aus dem Vorhautsack, den Augen und der Nase. Die Verfasser geben ferner auf Grund der in der Literatur niedergelegten Erfahrungen einen Abriß über die Ätiologie, Klinik, Diagnose, Differentialdiagnose und Behandlung dieser Erkrankung.

Systematisierter flacher Gefäßnävus, von P. Noel. An der Hand eines Falles, bei dem der Nävus das Gebiet des rechten N. ischiadicus maior befallen hatte, bespricht Verfasser kurz die einzelnen Theorien der Nävi. Er findet, daß sich die Gefäßnävi am leichtesten durch eine trophische Störung infolge peripherer Nervenläsionen erklären lassen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Die Krankheiten der Mundhöhle und der oberen Luftwege bei Dermatosen mit Berücksichtigung der Differentialdiagnose gegenüber der Syphilis, von Dr. Gottfried Trautmann. (Zweite Auflage, J. F. Bergmann, Wiesbaden 1911.) Auf die 1903 erschienene erste Auflage seines Werkes hat Trautmann nach 8 Jahren eine Neuauflage folgen lassen, welche in umfassender Weise die ins Ungemessene gehende neuere Literatur umfaßt. Aus dem Umfang einer großen Abhandlung hat das Buch den eines Handbuches der Mundkrankheiten angenommen, welches jetzt sämtliche Erkrankungen des Mundes umfaßt. Lichen ruber planus, Lichen ruber acuminatus, Erythema exsudativum multiforme und nodosum, Herpes, Miliaria und Ekzema, Impetigo, Pemphigus, Epidermolysis bullosa hereditaria, Intoxikationen, Akanthosa, Lupus erythematosus, Tuberkulose, Lepra, Rhinosklerom, Sklerodermie, Malleus, Anthrax, Erysipelas, Variola, Urtikaria, Blennorrhoe, Ulcus molle, pflanzliche und tierische Parasiten Die einzelnen Erkrankungen werden in übersichtlicher Weise in den Unterkapiteln: Statistik, Symptomatologie, Histologie und Differentialdiagnose besprochen, wobei der wohl in jedem Falle differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Syphilis ein eignes Kapitel gewidmet wird. Alle Vorzüge, welche der Referent der ersten Auflage rühmend hervorhebt, sind auch bei der Besprechung des so sehr veränderten Werkes in der zweiten Auflage zu unterstreichen: die klare Schilderung des klinischen Bildes, die gründliche Besprechung der Differentialdiagnose, die übersichtliche Anordnung des Stoffes und der Fleiß und die Ausdauer, mit welcher der Verfasser seine wohl lückenlose Statistik, die Literaturübersicht und das Register des Buches bearbeitet hat. Karl Unna-Hamburg.

Die Masturbation. Eine Monographie für Ärzte, Pädagogen und gebildete Eltern, von Hermann Rohleder. Leipzig. 3. Auflage. (Berlin W. 35, Fischers Medizinische Buchhandlung 1912.) Der Umstand, daß vorliegendes Buch innerhalb 13 Jahren in 3. Auflage erscheinen konnte, ist ein Beweis dafür, daß es einem Bedürfnis entspricht. Es kann auch von ärztlicher Seite nur begrüßt werden, daß Laien sich über diese Dinge Kenntnisse verschaffen. Denn sowohl Lehrer als Eltern können dem behandelnden Arzte gute Helfer sein. Nur muß das für Laien geschriebene Buch vom wissenschaftlichen Standpunkte aus unanfechtbar sein. Daß das Werk von Rohleder dieser Anforderung entspricht, braucht nicht besonders betont zu werden. Es kann allen Interessenten besonders in der neuen vermehrten Auflage lebhaft empfohlen werden.

Gunsett-Straßburg.

ar-Razi (Razes), Über die Pocken und die Masern (ca. 900 n. Chr.). Aus dem Arabischen übersetzt von Karl Opitz. Klassiker der Medizin. (J. A. Barth, Leipzig 1911.) Es ist ein Verdienst des Verfassers, diese im Mittelalter und bis in die Neuzeit einen großen Ruf genießende Schrift durch eine neue Übersetzung der Vergessenheit entrissen zu haben. Sie stellt, wie der Übersetzer in der Einleitung erwähnt, das beste Produkt der arabischen ärztlichen Literatur und die erste Abhandlung überhaupt dar, welche über diese Geißeln der Menschheit geschrieben worden ist.

Gunsett-Straßburg.

Edward Jenners Untersuchung über die Ursachen und Wirkungen der Kuhpocken (1798). Übersetzt und eingeleitet von Viktor Fossel. Klassiker der Medizin. (J. A. Barth, Leipzig 1911.) Der vorliegende Band ist eine Übersetzung des berühmten Werkes von Jenner, in dem er das Resultat seiner Untersuchungen über

Digitized by Google

Kuhpockenimpfungen niederlegte, und welches der klassische Ausgangspunkt der Pockenbekämpfung und der ganzen modernen Lehre von der Immunisierung geworden ist. Durch diese Übersetzung ist das durch seine wissenschaftliche Objektivität hervorragende Werk weiteren Kreisen zugänglich gemacht. Gunsett-Straßburg.

Über die wissenschaftlichen Fundamente der Lehre von den sexuellen Abstinenzkrankheiten und die praktischen Konsequenzen für die D. G. B. G., von C. Touton-Wiesbaden. (J. A. Barth, Leipzig 1911.) Der Vortrag wendet sich besonders gegen die in neuerer Zeit von Marcuse und Nyström in übertriebener Weise dargestellten Schädigungen der sexuellen Abstinenz. Nach Toutons Ansicht kann zwar „für neuro- und psychopathisch Belastete oder vorher funktionell nervös Erkrankte, die häufig sexuell erregt sind, noch im dritten Lebensdezennium streng durchgeführte Abstinenz vom Sexualverkehr und Onanie insofern schädlich werden, als sie eine Steigerung der vorher vorhandenen Beschwerden im Gefolge haben kann". Ganz gesunde Männer können aber, ohne fürchten zu müssen, wirklich krank zu werden, in den meisten Fällen auch bis in die fortgeschrittnere Reifungszeit ohne Sexualverkehr auskommen, wenn sie nicht absichtlich Sexualreize aufsuchen, sondern durch körperliche und geistige Beschäftigung und Vermeiden von Müßiggang ihre Lebensweise hygienisch gestalten. Das Vorkommen von organischen Erkrankungen durch Abstinenz bestreitet Touton durchaus.

Gunsett-Straßburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Welche allgemeinen gesundheitspolizeilichen Gesichtspunkte ergeben sich dem Medizinalbeamten für die Anwendung der serodiagnostischen Reaktion auf Syphilis nach Wassermann und des Ehrlich-Hataschen Präparates, von Arlart-Gumbinnen und Katluhn-Angerburg. (Beil. z. Zeitschr. f. Medizinalbeamte, 1911, V.) Bei den Revisionen der sittenärztlichen Untersuchungen der Prostituierten soll der Kreisarzt darauf sehen, daß sich die Kontrollärzte des Hilfsmittels der Wassermannschen Reaktion zur Feststellung latenter Lues bedienen. In den Fürsorgeerziehungsanstalten ist vor der Entlassung der weiblichen Fürsorgezöglinge auf Lues zu fahnden, weil gerade diese Mädchen leicht der Prostitution anheimfallen. Bei den Ammenuntersuchungen, bei der Überwachung der Haltekinder, der Entbindungsanstalten, der Krüppel-, Taubstummen-, Blindenanstalten, der Irren-, Epileptiker-, Idiotenanstalten ist die Wassermannsche Reaktion wertvoll zur Erkennung ererbter und erworbener Syphilis.

Durch die Anwendung des Ehrlichschen Heilmittels sind für die Bekämpfung der Syphilis als Volkskrankheit günstigere Bedingungen gegeben. Es besteht die Hoffnung, daß durch Salvarsan die Hauptquelle aller Syphiliserkrankungen, die Prostitution, zum Versiegen gebracht wird. Schourp-Danzig.

Einige vorläufige Experimente für eine Hautreaktion zur Syphilisdiagnose, von J. Schoenberg-New York und E. Burchill-New York. (New York med. journ., 14. Okt. 1911.) In Anbetracht dessen, daß die Wassermannsche Reaktion nicht frühzeitig genug die Diagnose sicherte, daß sie auch in manchen nichtsyphilitischen Fällen positive und in vielen Fällen von Spätsyphilis negative Resultate liefert und schließlich für die allgemeine Praxis zu kompliziert ist, suchten Verfasser nach einer einfacheren

Digitized by Google

Methode, die etwa der Pirquetschen Hautreaktion bei Tuberkulose analog wäre. Sie stellten dreierlei Arten von Versuchen an, und zwar 1. mit Antigen, 2. mit Salvarsan allein (als ein rasch die Spirochäten zerstörendes Mittel) und 3. mit Antigen auf einer und Salvarsan auf einer anderen Körperstelle (des gleichen Individuums). Wiewohl die Einreibung dieser Substanzen (in die Haut) nur in einem der aufgeführten 8 Fälle, wovon 6 die verschiedensten syphilitischen Erscheinungen und positiven Wassermann aufwiesen, lokale Reaktion (Hautröte usw.) ergab, glauben Verfasser doch, daß man auf diesem Wege bei einer größeren Anzahl von Fällen zu einem Ergebnisse gelangen könne. Die beste Methode würde Anwendung eines syphilitischen Virus als Antigen für die spezifische Hautreaktion sein; wenn dies möglich sei, so würden wir ein einfacheres und sichereres Mittel zur Diagnose der Syphilis haben. Stern-München.

Über Serodiagnostik der Syphilis, von H. Seiffert. (Korrespondenzblatt f. Schw. Ärzte, 1910, Nr. 12.) Unter Bezugnahme auf frühere mit den Angaben der großen Statistiken durchaus übereinstimmende Beobachtungen des Herrn Rothe bespricht Vortragender die verschiedenen Formen der Lues sowie einzelne andere Krankheitsbilder in ihrer Beziehung zur Wassermannschen Reaktion.

Im Anschluß daran bespricht Herr Jadassohn die Beziehungen der Quecksilberbehandlung zum Ausfall der Wassermannschen Reaktion.

(Wesentlich neue Gesichtspunkte enthalten die Ausführungen der beiden Redner nicht. Ref.) Graetz-Hamburg.

Die Serumreaktion bei Syphilis in der forensischen Praxis, von R. Lederman-Berlin. (Ärztl. Sachverständigen-Ztg., 1911, Nr. 9.) Verf. glaubt nicht, daß die Wassermannsche Reaktion forensisch oft verwertet zu werden berufen ist, da die Zahl der einschlägigen Fälle gering ist und die Blutentnahme nicht erzwungen werden kann. Bei den Fällen, wo sie ausgeführt wird, kann sie bestimmte Anhaltspunkte geben, während sonst im symptomlosen Stadium eine Feststellung nicht möglich war. Es werden zahlreiche interessante Einzelfälle und Möglichkeiten herangezogen und an ihnen die Wichtigkeit der Serumreaktion für viele strafrechtliche und zivilrechtliche Fragen dargetan. Arthur Schucht-Danzig.

Über einige Eigenschaften des syphilitischen Blutserums vom immunochemischen Standpunkt, von A. Elfer. (Folia serologica, 1909, Bd. 5, Heft 10.) Die Deutung der Wassermannschen Reaktion im ursprünglichen Sinne ihres Entdeckers kann heute nicht mehr zu Recht bestehen, wie aus zahlreichen einschlägigen Forschungen hervorgeht. Verf. hat es sich deshalb zur Aufgabe gemacht festzustellen, welche Eigenschaften des Serums für die Alexinbindung verantwortlich zu machen seien. Nicht nach chemischer, sondern nach kolloidaler Richtung glaubte der Verf. seine Forschungen ausdehnen zu müssen. Viskosität, Oberflächenspannung, spezifisches Gewicht und die damit in Zusammenhang stehenden absorptionalen Reaktionen bildeten den Gegenstand der Prüfung. Verwendet wurden teils frische, teils inaktivierte Sera, und zwar von syphilitischen Patienten, welche frei von anderen Krankheitsprozessen waren. Auf einzelne Daten der Versuchsergebnisse kann hier nicht eingegangen werden und muß auf das Original verwiesen werden, um so mehr, als Verf. bei seinen Versuchen zu keinen entscheidenden Schlüssen über die bei der Wassermannschen Reaktion figurierenden physikalisch-chemischen Konstanten gekommen ist. Ob der vom Verf. betretene Weg, wie Verf. selbst hofft, aussichtsreich ist, müssen weitere Untersuchungen ergeben.

Graetz-Hamburg.

Studien über das Wesen der Wassermannschen Reaktion, von P. Schmidt. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt., Bd. 39, Heft 3.) Verf. faßt das Resultat seiner Studien

Digitized by Google

im folgenden zusammen: Die Wassermannsche Reaktion ist eine Kolloidreaktion im Sinne von O. Porges und seinen Mitarbeitern. — Sie beruht auf der Bildung neuer freier Oberflächen durch Ausfällung äußerst feiner Teilchen auf dem Extraktkolloid wahrscheinlich durch Umladung der an sich elektrisch negativ geladenen Extraktkolloidteilchen. — Diese Bildung neuer Oberflächen erfolgt durch ein Zusammenwirken der Globuline mit dem Extraktkolloid, zwischen denen eine starke Affinität besteht. — Im Normalserum wird diese Reaktion durch die Schutzwirkung der Albumine verhindert oder doch stark verzögert. — Beim Luesserum überwiegen die Globuline, sei es quantitativ oder qualitativ durch den Grad der Dispersität oder beides. Die Dispersität könnte durch stärkere Dissoziation mit Vorherrschen der H-Formen (Fermente) beeinflußt sein. — Normal- und Luesglobuline geben mit Extrakt mehr oder weniger starke Hemmungen. Dieselben sind am stärksten, wenn die Globulinlösungen von feinsten suspendierten Globulinteilchen opalisierend sind. Albuminlösung verhält sich wie normales Serum. Albumintrübungen sind ebenso wie Fetttrübungen fast wirkungslos. Die schönsten Wassermannschen Reaktionen liefern Normalsera und Globulintrübungen. — Die Schutzwirkung von Albuminlösungen für Extraktkolloid gegenüber Alaun als Fällungsmittel ist etwa zehnmal so groß als die von Globulinlösungen. Bei der Wassermannschen Reaktion sind die Globuline direkt als Fällungsmittel gegenüber Extraktkolloid aufzufassen. Die Fällung von Globulinextraktgemischen durch Alaun geschieht um so prompter, je trüber das Gemisch ist. — Das mit physiologischer Kochsalzlösung 1 : 10 verdünnte Komplement passiert Berkefeldfilter nicht, ist also ein Kolloid von relativ großer Dispersität. Von konzentriertem frischem Meerschweinchenserum passiert ungefähr die Hälfte Komplement das Berkefeldfilter. Es ist also offenbar im unverdünnten Serum in einem feinen dispersen Zustande. Haas-Hamburg.

Die Wassermannsche Reaktion, von P. Huteau. (Thèse de Lyon, 1910, Nr. 102.) Fritz Loeb-München.

Ein Resümee über 100 Wassermannsche Reaktionen, von John A. Roddy-Philadelphia. (New York med. journ., 23. Sept. 1911.) Von diesen 100 Fällen waren 90 Patienten im Alter zwischen 20 und 40 Jahren, der jüngste 2, der älteste 68 Jahre alt. Die Einteilung der Fälle erfolgte in 5 Gruppen: 1. 6 Patienten, welche im Sekundärstadium der Syphilis frühzeitig mit Salvarsan behandelt worden sind; bei einem derselben blieb die Reaktion positiv, obwohl alle Erscheinungen verschwunden waren, bei allen anderen wurde die Reaktion nach etwa 3 Wochen negativ; 2. 25 Patienten, welche 2 Jahre lang intensiv mit Quecksilber behandelt worden sind; von diesen hatten 9 ausgesprochen negative, 4 positive und 12 schwach positive Reaktion, während bloß 7 zur Zeit der Untersuchung aktive Erscheinungen zeigten; 3. 27 Patienten, welche 5—20 Jahre vor der Untersuchungszeit Syphilis akquiriert hatten; 9 davon hatten in den ersten 2—3 Jahren ihrer Krankheit energische Quecksilberkuren durchgemacht, bei 3 war Wassermann ausgesprochen, bei einem schwach positiv und bei 5 negativ; 4. 7 Patienten, welche die ersten 2 Jahre intensiv mit Quecksilber behandelt worden und seit 5—7 Jahren ohne Symptome der Krankheit sind; einer gab positive und die anderen negative Reaktion; 5. 21 Fälle, bei welchen keinerlei Erscheinungen von Syphilis oder Verdacht auf solche vorhanden waren; in 19 Fällen war die Reaktion negativ und in 2 positiv. Schließlich führt R. noch einen Fall ausgesprochener Syphilis (im Sekundärstadium) mit absolut negativer Wassermannscher Reaktion an. Stern-München.

Die Wassermannsche Reaktion und ihre klinische Bewertung, von David Edward Hoag-New York. (Med. Record, 26. Februar 1910.) Nach seinen Erfahrungen hält Verf. den Wassermann für absolut zuverlässig, betrachtet ihn als ein Symptom der Erkrankung und bewertet ihn als ein Symptom, dessen Wichtigkeit im einzelnen

Digitized by Google

Falle von dem übrigen klinischen Verhalten genau so abhängig ist wie andere einzelne Symptome. W. Lehmann-Stettin.

Praktischer Wert der Wassermann schen Reaktion, von Wachaw Kon. (Przeglad lekarski, 1911, Nr. 27.) Nichts Neues. Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die Wassermann sche Reaktion bei Neugeborenen, von Pillon. (Lyon méd. 1911, Bd. 17, S. 113.) Auf Grund seiner Erfahrungen in 22 Fällen kommt der Verf. zu dem Schlusse, daß die Wassermannsche Reaktion bei der Diagnose der Syphilis der Neugeborenen keine Dienste leistet. Richard Frühwald-Leipzig.

Wassermann sche Reaktion im Blute des Nabelstrangs, im Blute der Mutter und des Kindes nach der Geburt. Ihre Spezifizität bei der hereditären Syphilis. Beziehungen zwischen serologischer Reaktion, klinischer Erscheinung, Parasitologie und anatomischer Alterationen der Ei-Adnexe, von Alberto Serra und Attilio Gentili-Cagliari. (Pathologica, III. Jahrgang, Nr. 63, Juni 1911.) Bei latenter Syphilis der Mütter ist oft das am Arm entnommene Blut negativ, während dasselbe im Nabelstrang positiv gefunden wird. Eine derartige Differenz findet sich nicht bei florider Syphilis.

Die Mazeration des Fötus kann nicht als Zeichen einer sicheren Lues aufgefaßt werden, da sie oft bei negativer Wassermannscher Reaktion des Körper- und des Nabelblutes gefunden wird.

Nur einmal wurde eine positive Reaktion im Körperblut einer Frau gefunden, während das Nabelstrangblut und das Blut des Fötus nach der Geburt negativ reagierten. Letzterer wurde 60 Tage nach der Geburt unter Ausbruch von Erscheinungen positiv. Auch konnte kein Zusammenhang zwischen Plazentarerkrankung und positivem Wassermann gefunden werden. Eine positive Reaktion wurde auch bei Frauen mit frischer Malaria bei Temperaturerhöhung und Gegenwart von Parasiten im Blute gefunden. Diese positive Reaktion kann in geringerem Grade im Umbilikalblut und in sehr geringem Grade beim Fötus einige Tage nach der Geburt vorhanden sein. Gunsett-Straßburg.

Die Prinzipien und die Technik der Wassermannschen Reaktion, von George Gillman-New York. (Med. Record., 4. Juni 1910.) Nichts Neues.
W. Lehmann-Stettin.

Über die Wassermannsche Reaktion, von Leredde und Rubinstein. (Bull. méd., 1911, S. 920.) Die Behandlung der Syphilis soll unter Kontrolle der Seroreaktion vorgenommen werden. Richard Frühwald-Leipzig.

Die praktische Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Therapie der Syphilis, besonders der Spätformen, von A. Plehn-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 34.) Die in dieser Arbeit niedergelegten interessanten Studien beziehen sich auf 200 Fälle, wobei ältere Leute bevorzugt wurden. In 7 Fällen wechselte der Reaktionsausfall bei dem gleichen Individuum ohne dazwischenliegende spezifische Behandlung. Ferner wurden einige Fälle mit negativem Obduktionsbefund bezüglich Syphilis trotz stark positivem Wassermann, sowie umgekehrt solche mit positivem Obduktionsbefund bei negativem Wassermann beobachtet. Im Gegensatz zu den sonst mitgeteilten Resultaten hatten die 4 untersuchten Paralytiker negativen Wassermann. Auf Grund allerdings nicht sehr zahlreicher Untersuchungen bei Arteriosklerotikern und Patienten mit Aorteninsuffizienz teilt Verfasser der Lues für die Entstehung der Arteriosklerose nicht die Rolle zu, wie es Ledermann tat. Für praktisch wichtig erklärt er mit Recht die Tatsache, daß von 42, die unter den Untersuchten überhaupt positiv reagierten, 9 ein höheres, z. T. hohes Alter erreichen konnten, ohne jemals etwas von ihrer Syphilis zu erfahren. Wenn auch Neissers Ansicht, daß eine Spontanheilung der Syphilis kaum je vorkomme, etwas extrem ist, so können Ref. die angeführten Zahlen nicht davon

Digitized by Google

überzeugen, daß die Syphilis sehr viel öfter, als man meist annimmt, ohne oder bei schwächlicher Behandlung in klinischem Sinne ausheilt.

In gleichem Sinne verwertet Verfasser den Vergleich der Blaschkoschen Statistik, daß 20% der männlichen Bevölkerung Berlins syphilitisch infiziert sei, mit seinen eigenen zu diesem Zweck angestellten anamnestischen Erhebungen (956 Männer), wonach 6% spezifisch behandelt wurden: Die Syphilis heilt klinisch sehr oft ohne oder bei rudimentärer Behandlung. Zahllos sind sicher die Fälle, wo Männer ihre Syphilis in der Anamnese dem allgemeinen Arzt verschweigen (Ref.).

Die Ansicht von dem Werte der Reaktion für die Therapie hielt Verfasser unter den Voraussetzungen für berechtigt, wenn das Negativwerden wirkliche Heilung bedeuten würde und sich dieses Negativwerden durch die Behandlung erzwingen ließe.

Verfasser ist der Ansicht, daß energische Behandlung gegen die Späterkrankungen des Nervensystems nicht schützt. Sein therapeutischer Standpunkt ist dennoch der einer möglichst intensiven, möglichst lange fortgesetzten Behandlung in der Frühperiode. Er rät zu einer starken Beschränkung in der Anwendung der Wassermannschen Reaktion.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Syphilis und die Wassermannsche Reaktion im Lichte der Fermenttheorie der Immunität, von Goss. (Russki Wratsch, 1911, Nr. 36 u. 37.) Die Unklarheit über das Wesen der Wassermannschen Reaktion veranlaßt Verf., dieselbe durch die Fermenttheorie der Immunität zu erklären. Er glaubt, daß bei der Syphilis durch die Fermente der Spir. pallida ein Prozeß der Zerstörung der Zellen des kranken Organismus stattfindet, wobei einerseits die Bestandteile der zerfallenen Zellen, wie Eiweißkörper und Lipoide (Lezithin), andererseits wahrscheinlich die Fermente der Spir. pallida, wie auch die sich bildenden Antifermente, welche sich in den verschiedenen Zellen des Organismus entwickeln, ins Blut übergehen. Die einen wie die anderen erweisen sich bei der Wassermannschen Reaktion als Reagenzien. Dementsprechend würde der positive Ausfall der Reaktion dafür sprechen, daß sich in dem betreffenden Organismus, wenn auch nicht über Spirochaeta pallida selbst, so doch in jedem Fall ihre Fermente finden. Die Wassermannsche Reaktion ist daher nicht nur als ein wichtiges diagnostisches Zeichen, sondern auch als ein Hinweis anzusehen, daß der Betreffende noch weiter behandelt werden muß.

Arth. Jordan-Moskau.

Die praktische Verwertbarkeit der Wassermannschen Reaktion bei Lues, Tabes dorsalis und progressiver Paralyse, von Hermann Wischer. (Inaug.-Dissert. Rostock 1911.)

Fritz Loeb-München.

Über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion in der Rhinologie, von O. Strandberg-Kopenhagen. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 34.) Zwei mitgeteilte Fälle lehren, daß die klinische Trennung von Syphilis und Lupus der Nase ebenso unmöglich sein kann, wie die auf Grund des histologischen Befundes. Es erwies sich die Wassermannsche Reaktion als ein wertvolles Hilfsmittel. Allerdings muß hier auf den immer noch vorhandenen Wert einer probeweisen Jodbehandlung in zweifelhaften Fällen hingewiesen werden (Ref.).

Arthur Schucht-Danzig.

Der Einfluß der Therapie auf die Wassermannsche Reaktion bei Syphilis, von Ray W. Watson u. Mathew A. Reasoner. (Journ. of amer. med. assoc. 1911, S. 1670.) Die Therapie muß so lange fortgesetzt werden, bis die Wassermannsche Reaktion negativ ist, und sofort aufgenommen werden, wenn diese wieder positiv wird. Salvarsan, und zwar intravenös verabfolgt, ist wirksamer als Quecksilber.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Verschiedenes.

Behandlung der Angina Plaut-Vincenti mit Salvarsan, von Marcel Sourdel. (Bull. méd. 1911, S. 1001.) Prompte Heilung nach zweimaliger Betupfung mit Salvarsan auf einem glyzerinhaltigen Wattelappen. Richard Frühwald-Leipzig.

Bericht über die Soldatenheime, von Joly. (Bull. d. l. soc. franç. d. prophyl. sanit. et morale, Mai 1911.) Eine von der Gesellschaft gewählte Kommission hat die zwei in Paris bestehenden Institute besichtigt, die den Soldaten in ihrer freien Zeit ein Heim bieten und sie von den Gefahren der Vergnügungslokale abhalten sollen. Diese Unternehmungen haben vollen Erfolg, da die Zahl der Besucher stets im Wachsen begriffen ist. Es ist dringend notwendig, beide, die auf Privatwohltätigkeit angewiesen sind, ausgiebig öffentlich zu unterstützen. Richard Frühwald-Leipzig.

Dermatologische Unarten, von T. Robinson-London. (Brit. med. Journ. 1911, 14. Okt.) Diese kurze Besprechung bezieht sich auf einige Fälle von gelinder Selbstverstümmelung: eine junge Dame hatte die Angewohnheit, sich die zartesten Flaumhaare am Gesicht mit einer Pinzette auszuziehen, wobei sie Stunden, sogar ganze Nächte verbrachte; eine andere, 21jährige, hatte seit 14 Jahren die Gewohnheit, sich die Augenbrauen und Wimpern bis auf den letzten Rest auszuziehen, und ein Mann pflegte sich Stücke Haut von seinen Fingern auszureißen. Die Ursache dieser Unarten ist natürlich auf psychischem Gebiet zu suchen. Philippi-Bad Salzschlierf.

Einige Wandlungen in der Diagnostik und Therapie der Geschlechtskrankheiten, von R. Winternitz-Prag. (Prag. med. Wochenschr. 1911, Nr. 43.) Die Fortschritte auf den Gebieten der drei Krankheiten: Gonorrhoe, Ulcus molle und Syphilis werden in anschaulichster Weise besprochen. Arthur Schucht-Danzig.

Behandlung der Analfistel mit Exzision und Naht, von E. C. Beck-New York. (Med. Record, 16. Juli 1910.) Nach ausgedehnten Versuchen mit der von seinem Namensvetter angegebenen Wismutpaste ist B. zur operativen Behandlung der Analfistel zurückgekehrt, und hat in den letzten 2 Jahren 17 Fälle in der Weise behandelt, daß er die ganze Fistel und Umgebung exzidierte und die Wunde genäht hat; Heilung per primam innerhalb 14 Tagen. W. Lehmann-Stettin.

Weibliche Pflege bei Männerkrankheiten, von Wilhelmine Offer-Hamburg. (Zeitschr. f. Krankenpflege, Juni 1911.) Weibliche Pflege ist auch durchaus möglich, selbst bei geschlechtskranken Männern, ohne daß es zu Unzuträglichkeiten kommt. Arthur Schucht-Danzig.

Gibt es Krankheiten der Dentition? (Semaine méd. 1911, Nr. 40.) Bericht über eine Mitteilung von Feer-Jülich, welcher den Zahndurchbruch bei Kindern als Ursache von Fieber, Husten, Ekzem, Krämpfen usw. verneint. Gunsett-Straßburg.

Klinische Erscheinungsformen des aphthösen Fiebers. Seine Behandlung, von Albert Lévy. (Presse méd. 1911, Nr. 86.) Besonders in Fällen, die mit heftigem Darmkatarrh, blutigen Stühlen und Dysurie eventuell auch Hämaturie einhergehen, läßt L. Diphtherieheilserum innerlich nehmen. Es wird nach folgender Formel verschrieben:

Diphtherieheilserum 10 ccm
Sirup. cort. aurant. 50 Zentiliter.

Gurgeln läßt der Verfasser mit salizylsaurem Natrium und nach Einnahme des Serums gibt er noch Antipyrin mit salizylsaurem Natrium per os. Gunsett-Straßburg.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tænzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

3. Februar 1912 | Nr. 5 | Band 54

Chilblain-Lupus (Hutchinson) und Lupus pernio (Besnier-Tenneson).

Eine literarisch-kritische Studie.

Von

Privatdozent Dr. Siegfried Grosz, Wien.

In einem Aufsatze „Was ist Chilblain-Lupus von Hutchinson und was Lupus pernio von Besnier-Tenneson" hat Ehrmann (Dermat. Studien, Bd. 21, Festschrift für P. G. Unna) den dankenswerten Versuch unternommen, die in dieser Frage bestehende Begriffsverwirrung zu klären und somit ihre Beseitigung anzubahnen. Meine Absicht ist eine gleichsinnige. Nur möchte ich das von Ehrmann beigebrachte literarische Material ergänzen, in einzelnen Punkten auch berichtigen. Ehrmann verweist zunächst darauf, daß manche Autoren die Bezeichnungen Lupus pernio (Besnier) und Chilblain-Lupus (Hutchinson) promiscue verwenden, als ob sie ein und dieselbe Erklärungsform bedeuten würden. Er bezieht sich diesbezüglich speziell auf das Lehrbuch von Jarisch-Matzenauer, in welchem Lupus pernio (Besnier) oder Chilblain-Lupus (Hutchinson) als eine durch die besondere Beteiligung des Gefäßsystems in Form von Stauungshyperämie und Teleangiektasien klinisch bemerkenswerte Sonderform des Lupus vulgaris Erwähnung findet.

„Wie der von Besnier und Hutchinson sehr treffend gewählte Name besagt, überwiegen die Stauungserscheinungen derart, daß das Krankheitsbild, welches sich insbesondere an der Nase, den Ohren und den Händen entwickelt, eine große Ähnlichkeit mit den Frostbeulen darbietet, von welchen sich der Prozeß aber schon durch das endliche Auftreten typischer Lupusknötchen oder von andersartigen tuberkulösen Erkrankungsformen (Besnier) unterscheidet."

Hinwieder finden sich in dem französischen Handbuche La pratique dermat. die in Rede stehenden Affektionen beim Lupus erythematodes erwähnt. Hier schreibt der Verfasser (Lenglet):

„Le lupus érythémateux des mains et des pieds revêt une forme différente suivant qu'il frappe la face dorsale, la face palmaire ou l'ongle.

Digitized by Google

Aux doigts l'une des formes les plus communes est la variété de lupus pernio, qui a été decrit à l'etranger sous le nom de lupus engelure, lupus chilblain."

Geht man zunächst auf die von HUTCHINSON beschriebenen Fälle von sog. Chilblain-Lupus zurück, so ergibt sich, wie EHRMANN durch die Originalzitate aus dem „Smaller Atlas of Illustrations of clinical surgery" in überzeugender Weise dartun konnte, daß mit dieser Bezeichnung eine „mit akneiformen Tuberkuliden und Lupus erythematodes zusammenhängende Hautveränderung in Verbindung mit pernioartigen Gefäßdilatationen der Hände und des Gesichtes" gemeint ist. Die histologischen Untersuchungen dieser Affektion führen EHRMANN zu dem Schlusse, daß hier die gesuchte Zwischenstufe zwischen Lupus erythematodes und dem papulonekrotischen Tuberkulid vorliege[1]).

Was nun den Lupus pernio betrifft, so finden wir diese Bezeichnung bei einem Falle, den BESNIER in der Reunion clin. hebdom. de l'hôpital St. Louis am 14. Februar 1889 vorgestellt hat. Es heißt hier:

„C'est d'abord, à la face une variété de lupus erythemateux à forme d'érythème pernio ou d'asphyxie locale, pour laquelle j'ai proposé la dénomination de lupus pernio ou lupus asphyxique, voisin du lupus engelure de HUTCHINSON, mais non tout à fait identique.

A son début elle ressemble soit à l'engelure permanente soit au lupus erythemateux commun."

Auch in der von BESNIER-DOYON besorgten Übersetzung des KAPOSIschen Lehrbuches (1891) ist der Lupus pernio als eine Abart des Lupus erythematodes beschrieben.

„Le lupus erythémateux, asphyxique, pernio s'observe à la face et aux extremités; il débute sur les pavillons au niveau de l'ourlet, puis apparait sur le dos du nez ou sur les régions malaires et sur le dos des mains . . .

Sur le dos des mains les lésions discrètes sont celles du lupus érythémateux vulgaire avec lividité plus accentuée . . ."

Es ist also, wie aus diesen Zitaten zur Genüge hervorgeht, der Lupus pernio (BESNIER) ursprünglich als eine Spezialform des Lupus erythematodes gedacht, die überall da zur Ausbildung ge-

---

[1]) Siehe diesbezüglich auch H. RADCLIFFE-CROCKER, Diseases of the skin. London 1905, Bd. 2, S. 763:

„HUTCHINSON's cases are forms of lupus erythematosus . . . They attack chiefly the fingers and toes, and next the nose and ears, and may affect them more severely than in the usual situations . . . They are at first excited and always aggravated by the winter's cold, and ameliorate, but do not disappear in the summer, except in some cases at an early stage."

Digitized by Google

langen kann, wo Lupus erythematodes auf einer Haut mit venöser Stauung sich vorfindet.

Der Unterschied zwischen dem Chilblain-Lupus nach der Charakteristik Ehrmanns und dem Besnierschen Lupus pernio ist also gewiß kein sehr bedeutender, besonders, wenn man in Rücksicht zieht, daß der Begriff des „Tuberkulids" damals noch unbekannt war und zur schärferen Charakteristik gewisser Hauteruptionen nicht zur Verfügung stand.

Eine wesentliche Veränderung erfährt das Bild des sog. Lupus pernio erst durch die Veröffentlichung des Falles von M. Tenneson (Soc. de dermat. et de syph., 10. Nov. 1892; Ehrmann schreibt fälschlich Tennesson). Hier finden sich alle jene Züge im klinischen und histologischen Bilde, die in den Beobachtungen späterer Autoren immer wieder hervorgehoben werden: die Tumorbildung, das Auftreten von Lupusknötchen („or, à la face existent des tubercules lupiques incontestables, dont la nature a été confirmée par l'examen histologique", Tenneson loc. cit.), histologisch scharf umschriebene Zellhaufen, die namentlich im tieferen Korium in der Höhe der Schweißdrüsen zu größeren Komplexen zusammentreten und größtenteils aus epitheloiden Zellen und nur spärlichen Riesenzellen vom Langhansschen Typus sich aufbauen.

Die nun folgenden Beobachtungen von Lupus pernio gleichen der Tennesonschen Beobachtung in allen wesentlichen Charakteren, strittig in gewissem Sinne ist nur die Frage nach der Natur dieser Affektion. Da ist zunächst der Fall hervorzuheben, den Jarisch auf dem V. Kongresse der Deutschen Dermat. Gesellschaft als „ein Fall zur Diagnose" vorgestellt hat.

Die Nase erscheint bei dem 26jährigen Patienten im ganzen Bereiche ihres knorpeligen Anteiles dunkelblau verfärbt und von einem ziemlich scharf begrenzten Infiltrate besetzt. Die veränderte Hautpartie erscheint an ihrer Oberfläche glatt, glänzend, die Follikelmündungen sind eher verengert als erweitert. Bei Betastung der Nase fällt die enorme, an Rhinosklerom erinnernde Härte der veränderten Stellen auf. An beiden Wangen finden sich hanfkorn- bis halbhellergroße, mehr oder weniger scharf begrenzte Knoten. Durch Druck mit dem Finger oder mittels einer Glasplatte wird die blaue Verfärbung der Knoten zum Schwunde gebracht, und es erscheinen einzelne kleine, zickzackförmig verlaufende, halbkreisförmige oder lineare, braungefärbte Linien, welche in ihrem optischen Verhalten, nicht aber in ihrer Form an Lupusknötchen erinnern. Außerdem weist die rechte Ohrmuschel eine braunrote, mehr diffuse und mangelhaft begrenzte Infiltration auf; an den hinteren Flächen beider Oberarme finden sich, ebenso an beiden Hinterbacken, eine größere Anzahl verschieden geformter, tiefblauer Flecken, von denen einige beim Betasten eine größere Konsistenz aufweisen.

Die Hände erscheinen sowohl an ihrem Rücken wie an den Fingern polsterartig, die letzteren spindelförmig, geschwellt. In dieser mehr diffusen Schwellung tauchen, insbesondere an den Nagelgliedern, rotbraune bis tiefblaue Knoten auf. Die Finger erscheinen schwer beweglich, die Hand kann nicht zur Faust geballt werden. Die Knochen

Digitized by Google

sämtlicher Phalangen der Finger scheinen verdickt. Analoge Veränderungen finden sich an den Füßen. Die Knoten sitzen teils in der Haut, zum Teil auch subkutan.

Der Blutbefund ist normal. Die Drüsen sind mit Ausnahme der Kubital- und Axillardrüsen, welche in der Größe einer Erbse angetroffen werden, nicht vergrößert. Die Milzdämpfung reicht von der neunten bis elften Rippe und ist zirka talergroß.

Histologisch finden sich im unteren Teile der Kutis und im Hypoderm, ausnahmsweise auch im oberen Teile des Koriums gegen den Papillarkörper zu, verschieden große Zellenhaufen und Nester, welche in ihrem Baue ganz dem des Granulationsgewebes entsprechen. Die Infiltrate bestehen aus epitheloiden Zellen. Von Riesenzellen war eine einzige auffindbar.

Der Charakter des pathologischen Gewebes entspräche noch am besten dem des Granulationsgewebes, und da am meisten dem lupösen, und zwar den wirklichen Knötchen.

In der Diskussion wurde der Fall von Barlow, Jadassohn, Neisser als Lupus pernio erkannt.

Jarisch hat in einem zweiten Falle seiner Beobachtung lupusähnliche Knötchen konstatiert und beschreibt in seinem Lehrbuche den Lupus pernio als eine Form des Lupus vulgaris, welche durch ihre enge Beziehung zu den Gefäßen zur venösen Stauung und Gefäßektasie führt. Demgegenüber kann sich Kreibich[1]) dieser Auffassung nicht bedingungslos anschließen, er reiht den Lupus pernio den übrigen Formen der bewiesenen oder vermuteten Hauttuberkulose an, „wobei allerdings dessen nahe Verwandtschaft mit dem Lupus tumidus zugegeben werden muß und in der Beibehaltung der Bezeichnung Lupus pernio ihren Ausdruck finden mag."

Klingmüller[2]) führt alle Tatsachen ins Feld, welche für die tuberkulöse Natur des Lupus pernio sprechen:

1. den histologischen Bau, der ganz und gar lupusähnlich ist. Die dagegen gemachten Einwände, daß bei Lupus pernio die Herde scharf begrenzt seien, Riesenzellen und zentrale Nekrose fehlen, sind nicht mehr aufrechtzuerhalten;
2. das Auftreten von Lupusknötchen könne wenigstens in dem Sinne gedeutet werden, daß sich der Lupus pernio zu einer echten Hauttuberkulose fortentwickeln kann;
3. in einem seiner Fälle war eine sichere örtliche Reaktion auf Tuberkulin zu konstatieren;
4. der chronische Verlauf der Erkrankung, das Auftreten von Nekrosen, Fistelbildungen und die Einschmelzung von Knochensubstanz treten unter einer Form auf, wie sie bei der Skrofulotuberkulose vorkommt.

---

[1]) Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 71.

[2]) Arch. f. Dermat. u. Syph., 1907, Bd. 84.

Digitized by Google

Alle diese Tatsachen sind nun nach Klingmüllers Ansicht nicht genügend, um die tuberkulöse Natur des Lupus pernio unbedingt zu beweisen. Er schließt sich der vorgängig angeführten Ansicht Kreibichs an.

Zu einem viel extremeren Standpunkt gelangt Zieler nach kritischer Betrachtung der Fälle von Lupus pernio, bestimmter Beobachtungen von sog. Erythema induratum und Boeckschem Sarkoid. Er kommt zu dem Schlusse, daß der sog. Lupus pernio weder eine Tuberkulose ist, noch zur Tuberkulose in irgend welcher Beziehung steht, sondern ein davon absolut zu trennendes selbständiges, chronisches, wahrscheinlich infektiöses Granulom darstellt. Gewisse Fälle der sog. plattenartigen Form des Erythema induratum und des benignen multiplen Sarkoids von Boeck zeigen histologisch eine völlige, klinisch eine sehr weitgehende Übereinstimmung mit dem Lupus pernio; auch bei ihnen sind sichere Beziehungen zur Tuberkulose bisher nicht erwiesen. Zieler schlägt vor, alle diese Krankheitsformen unter der Bezeichnung Granuloma pernio oder Erythema pernio zusammenzufassen.

Kreibich hat in einer späteren Arbeit (Arch., 1910, Bd. 102) seinen früheren Standpunkt verlassen und sich im wesentlichen der Zielerschen Auffassung angeschlossen. Bezüglich der Anatomie des Lupus pernio findet er eine vollkommene Übereinstimmung mit jenen Fällen, wie sie von mir als Lymphogranulomatosis cutis, von Hecht als Lymphogranuloma multiplex zur Beschreibung gelangt sind und schlägt vor, den Lupus pernio (Tenneson) als Lymphogranuloma pernio zu benennen.

In scharfem Gegensatze zu dieser Auffassung, wie sie vornehmlich von Zieler, Kreibich, in jüngster Zeit auch von Ehrmann, vertreten wird, die trotz aller individuellen Unterschiede in dem Sinne eine einheitliche zu nennen ist, daß diese Autoren die Zugehörigkeit des Lupus pernio zur Tuberkulose (im weitesten Sinne) negieren, steht Jadassohn, der in seiner ausgezeichneten Monographie, „Die Tuberkulose der Haut", für die tuberkulöse Natur dieser Erkrankung eintritt.

„Ich selbst . . . bin auf Grund der Literatur und meines eigenen Materials von der Zugehörigkeit des Lupus pernio zur Tuberkulose überzeugt. Die Häufigkeit, mit welcher sich Lupusflecke in und neben dem Lupus pernio einstellen, scheint mir nach dieser Richtung schon beweisend. Das ganze Krankheitsbild und selbst die histologischen Resultate (Gefäße!) weisen darauf hin, daß es sich hier um eine Form handelt, welche mit den sog. Tuberkuliden und speziell mit dem Erythema induratum in naher Verwandtschaft steht, also wohl meist hämatogenen Ursprungs ist . . . Die stellenweise Umwandlung in typischen Lupus

Digitized by Google

überhebt uns meines Erachtens der Notwendigkeit, die Frage, ob Tuberkulose oder Tuberkulid, zu erörtern."

Erwähnung verdient hier noch der überaus interessante Fall von Siebenmann-Bloch (Monatsh. f. p. Dermat., 1907, Nr. 45). „23jähriger Patient. Das Gesicht bietet einen auffallend gedunsenen, larvenartigen Anblick dar. Stirne nahezu normal, nur die Gegend oberhalb der Nasenwurzel und der Augenbrauen ist leicht gerötet und erhaben, schuppt etwas und ist in der Tiefe infiltriert. Die oberen und unteren Augenlider ragen als walnußgroße, blaurote Wülste $2^1/_2$—3 cm weit vor. Die Farbe der Geschwülste wechselt von tief blaurot bis zu weinrot, ihre Konsistenz ist derb ödematös.

Die Nasenwurzel ist stark verbreitert, wulstig, gerötet. In der Tiefe fühlt man derbe Infiltrationen. Auch die übrigen Teile der Nase sind etwas wulstig. An den Nasenflügeln finden sich linsen- bis erbsengroße Höcker und Knötchen von reicher Konsistenz und (bei Glasdruck) bräunlicher Farbe. Hochgradige Schwellung und dunkelblaurote, zyanotische Verfärbung zeigen die Wangen. In der Tiefe des kutanen und subkutanen Gewebes fühlt man sehr derbe, knotige, strangartige und flächenhaft verbreitete Infiltrate durch. Strangartig aneinandergereihte Knötchen ziehen beiderseits von den Wangen zu den Ohren.

Schleimhaut beider Nasenhöhlen stark geschwollen und infiltriert; ein haselnußgroßes, drüsenähnliches Infiltrat an der hinteren Rachenwand, erhebliche Schwellungen auch im Larynx[1]). Auf beiden Seiten des Halses gewahrt man sehr derbe und tief reichende Tumoren am Kieferwinkel, längs der großen Gefäße und des Sternokleidomastoideus. Im Sulcus bicipitalis int. sowie an beiden Vorderarmen lassen sich Reihen von rosenkranzartig angeordneten Tumoren von Erbsen- bis Nußgröße durchpalpieren. Ähnliche subkutane Tumoren zeigen sich ferner zu beiden Seiten des zwölften Brustwirbels und an den unteren Extremitäten längs der V. Saphena und der Waden. Axillar- und Inguinaldrüsen sind etwas geschwollen. Der rechte Handrücken ist, besonders in der Gegend des zweiten und dritten Metakarpus, in der Art einer Spina ventosa angeschwollen. Eine ähnliche Anschwellung zeigt das untere Ende der linken Ulna. An diesen Stellen ist — wie das Röntgenbild lehrt — das Periost erheblich verdickt, die Knochensubstanz rarefiziert.

Blaurote Verfärbungen zeigen die Extremitätenenden zum Unterschied von anderen Fällen nicht.

Vergrößerung der Milz.

[1]) Schleimhauterkrankungen finden sich auch im ersten Falle Klingmüller und in dem von Mursin (Moskauer dermat. u. ven. Gesellschaft; ref. Monatshefte f. prakt. Dermat., 1892, Nr. 14).

Digitized by Google

12500 weiße Blutkörperchen, hiervon 81,6% polynukl. neutrophile Leukozyten."

Überblicken wir die im vorstehenden gebrachten Materialien, so gelangen wir zu dem vorläufigen Ergebnisse:

Der Begriff des Chilblain-Lupus (Hutchinson) ist durch die von Ehrmann gegebene Charakteristik genügend scharf umschrieben, die Nomenklatur ist insofern keine glückliche, als „Lupus" an den Lupus vulgaris und nicht an den Lupus erythematodes, dem ja der Chilblain-Lupus zweifellos nahesteht, denken läßt.

Bezüglich des Lupus pernio, der in seiner jetzigen klinischen Gestalt erst von Tenneson beschrieben und richtiger gewertet wurde als von Besnier, ist in ätiologischer Beziehung eine Einigung unter den Autoren bisher nicht erzielt worden; hier steht vorläufig Meinung gegen Meinung. Es empfiehlt sich wohl aus diesem Grunde die Namengebung zu verschieben, bis eine Klarstellung erfolgt ist und vorläufig die Bezeichnung Lupus pernio beizubehalten, eingedenk aller Momente, welche diese Krankheitsform einerseits vom Chilblain-Lupus trennen, andererseits — wenigstens im klinischen Sinne — dem Erythema induratum und den Boeckschen Sarkoiden nahebringen.

Literatur (außer der im Texte angeführten).

Danlos, Soc. franç. de dermat., 6. Juni 1901. Ref. Annales 1901, S. 576.
Danlos und Blanc, Soc. franç. de dermat. et de syph., 4. Juli 1907.
Forchhammer, Dän. dermat. Gesellschaft, Sitzung vom 5. April 1905, Ref. Dermat. Zeitschrift, 1907, Bd. 14, S. 770.
Kühlmann, Arch. f. Dermat., Bd. 100.
Möller, Dermat. Gesellschaft in Stockholm, Sitzung vom 14. Sept. 1905, Ref. Monatsh. f. prakt. Dermat., Nr. 42, S. 160.
Polland, Dermat. Zeitschr., Bd. 13.
Siebenmann, Arch. f. Laryngologie, 1907, Bd. 19.
Sokolow, Journal russe des malad. cut., 1904; ref. Arch. f. Dermat., Band 77, S. 440.

Über Organotherapie des Prostatismus.

Von

Wilhelm Karo, Berlin.

Unter Prostatismus subsumieren wir diejenigen Fälle von Prostatahypertrophie, die bei klarem Harn, ohne Vorhandensein von Residualharn das Symptomenbild der Prostatiker, also häufige, mehr oder minder schmerzhafte Miktionen, namentlich in der Nacht, dazu allerhand nervöse

Digitized by Google

Symptome, repräsentieren. Die Volumenszunahme der Prostata spielt in diesem Symptomenbilde eine untergeordnete Rolle; oft ist das Organ palpatorisch gar nicht vergrößert; daher ist für solche Fälle der Name „Prostatahypertrophie" irreführend. Für das Verständnis solcher Fälle ist es notwendig, das Moment des Funktionsausfalls und mit ihm die innere Sekretion der Prostata wenigstens in aller Kürze zu diskutieren.

Für die Hypothese, daß die Altersinvolution der Prostata einen Ausfall der innersekretorischen Funktion bedingen könnte, der wiederum eine Reihe von Miktionsstörungen und anderer Beschwerden zur Folge hätte, sprechen folgende Tatsachen: Sellei (Zeitschr. f. Urologie, 1910, S. 279) beobachtete, daß das Prostatasekret eines Individuums bei subkutaner Injektion gewisse Veränderungen in der Prostata bewirkt. Mit einem Autolysat von Prostatasaft will er Prostatitis geheilt haben. Dann ging Sellei dazu über, das zytotoxische Serum eines mit fremdem Prostatasekret vorbehandelten Kranken mit einem Autolysat des Prostatasekretes kombiniert zu injizieren, wodurch eine günstige Wirkung auf die Prostatahypertrophie erzielt wurde. Diese Versuche beweisen einwandsfrei, daß es außer mechanischen Faktoren andere Ursachen für den Prostatismus geben muß. Daß aber innersekretorische Verhältnisse hierbei eine bedeutende Rolle spielen müssen, folgt aus meinen sogleich anzuführenden Erfolgen mit dem Testikulin, einem aus Hodensubstanz hergestellten Organpräparat.

Bei den intimen Beziehungen zwischen Hoden und Prostata liegt es nahe anzunehmen, daß eine gegenseitige Beeinflussung dieser Organe durch innere Sekrete stattfinden müsse, die Starling Hormone nannte. Es hat sich seit Starlings und Bayliss' Forschungen herausgestellt, daß jede Drüse mit innerer Sekretion der Aktivierung durch ein anderes inneres Sekret bedarf. Man weiß, daß Pankreas und Nebenniere in solch einem Verhältnis zueinander stehen. In diesem Gedankengange habe ich das oben genannte Hodenpräparat Testikulin zur Behandlung des Prostatismus benutzt.

Dieses Testikulin aus der Fabrik von Dr. Freund und Dr. Redlich, Berlin NW. 6, zeichnet sich vor dem bekannten Poehlschen Spermin nicht nur durch Billigkeit, sondern auch durch Fehlen jeglicher störender Nebenwirkungen aus. Es wird am besten intraglutaeal injiziert. Die Erfolge waren schon bei den ersten Fällen so verblüffend, daß ich meine Versuche immer weiter ausdehnte. Zwei meiner Fälle mögen hier als Beispiele angeführt werden.

Fall I. Es handelt sich um einen 49jährigen Mann, der niemals venerisch krank gewesen sein will. Seit 3 Jahren klagt er über häufigen Harnzwang, namentlich des Nachts und gelegentlich über ausstrahlende

Digitized by Google

Schmerzen nach der Glans. Niemals hat eine komplette Retention bestanden. Der Harnstrahl wird schwach projiziert, oft tritt Harnträufeln ein. Bei der ersten Konsultation am 6. September 1910 fand sich kein Residualharn. Eine Striktur war nicht vorhanden. Die Prostata zeigte bei rektaler Untersuchung keine nennenswerte Vergrößerung. Die Zystoskopie ergab eine intakte Blase, Blaseneingang leicht gewölbt (Andeutung von torförmigem Eingang). Die Pars posterior war nicht verlängert. Der Patient mußte 4—5mal nachts urinieren, am Tage alle 3—5 Stunden. Die Behandlung bestand in wöchentlich drei intraglutaealen Testikulininjektionen. Nach 2 Wochen bereits fühlte sich Patient bedeutend gekräftigt. Die Miktionen kamen des Nachts nur noch 1—2mal vor, auch die Beschwerden während des Tages hatten sich bedeutend gebessert. Der Harnstrahl wurde kräftiger projiziert. Nach 20 Testikulininjektionen gab Patient an, sich wie neugeboren zu fühlen. Er braucht des Nachts kaum noch je zu urinieren, am Tage höchstens alle 5 Stunden. Der Harn war andauernd normal, es fand sich niemals Residualharn. Es handelt sich also um einen jener typischen Fälle von Prostatismus, die nur aus dem Fehlen aller sonstigen Symptome diese Diagnose gestatten. Während wir uns früher mit symptomatischen Maßnahmen behelfen mußten und oft erst nach längerer Behandlung vorübergehende Erfolge zu verzeichnen hatten, sehen wir hier durch eine spezifische Therapie in relativ kurzer Zeit eine überraschende Heilung eintreten. Ich spreche von spezifischer Wirkung, weil während der ganzen Behandlung kein anderes Mittel zur Anwendung gelangte und die Besserung der Symptome mit jeder neuen Injektion prompt hervortrat und auch vom Patienten spontan angegeben wurde.

Fall II. H. F., ein 50jähriger Mann, der nie venerisch erkrankt gewesen ist. Seit 6 Jahren gelegentlich, namentlich des Nachts, häufige, mitunter schmerzhafte Tenesmen. Nie komplette Retention, nie Hämaturie. Während der letzten 2 Jahre verschlimmerte sich der Zustand kontinuierlich. Patient mußte nachts oft stündlich, am Tage mindestens alle 3 Stunden urinieren. Bei der ersten Untersuchung am 13. Mai 1911 fand ich den Harn klar, ohne Eiweiß, ohne Zylinder. Die Rektaluntersuchung ergab eine harte, nur wenig vergrößerte Prostata, keine Striktur, hintere Harnröhre nicht verlängert. Die Zystoskopie ergab eine im allgemeinen intakte Blase, nur fanden sich vereinzelte, eben angedeutete Trabekel. Blaseneingang war torförmig. Residualharn nicht vorhanden. Die Behandlung bestand auch hier in intraglutaealen Injektionen von Testikulin, in Intervallen von 2 Tagen. Die Einspritzungen wurden schmerzlos vertragen. Nach 12 Spritzen trat eine nennenswerte Besserung ein. Nach 30 Spritzen wurde die Behandlung ausgesetzt, da sich Patient völlig genesen fühlte.

Digitized by Google

Dieser Fall liegt ganz eindeutig vor uns. Die subjektiven Beschwerden, sowie der objektive Befund lassen keine Zweifel darüber, daß es sich um eine Prostatahypertrophie gehandelt hat. Der Erfolg, den wir mit der Organtherapie zu verzeichnen hatten, war um so eklatanter, als auch hier jegliche andere Medikation unterblieb. Schon diese beiden Fälle genügen, um die Testikulintherapie als berechtigt erscheinen zu lassen und zu weiteren Versuchen zu ermutigen. Meine diesbezüglichen Erfahrungen erstrecken sich bisher bereits auf 13 Fälle, die sämtlich einen Erfolg erkennen lassen. All diese Kranken sind Patienten ohne oder ohne nennenswerten Residualharn. Eine Anzahl steht noch in Behandlung, andere sind geheilt und stellen sich nur zu gelegentlicher Kontrolle in regelmäßigen Abständen vor. Die Organtherapie ist somit sicherlich für die Fälle von Prostatahypertrophie, die wir Prostatismus nennen, eine Kausaltherapie im besten Sinne des Wortes. Symptomatisch kann das Mittel auf keinen Fall wirken, und so bleibt nichts anderes übrig als anzunehmen, daß durch eine Beeinflussung der inneren Sekretion der Prostata die Funktion des Harnapparates gekräftigt wird.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1911, Heft 12.

Über Erythema nodosum bei Lues secundaria, von Janson. Pat. vorher an Rheumatismus in der rechten Schulter behandelt mit Aspirin. Nach 10 Tagen Ausschlag am Körper, krustöse Papeln auf dem behaarten Kopfe. Blutung in die Konjunktiva und den rechten Gaumen. Mikropapeln am ganzen Körper mit Blutaustritt. Hypertrophische Papeln ad genitale et anum. Zerfallene Papeln zwischen den Zehen. Mittelstarke Polyskleradenitis. Erythema nodosum an den Knien und linkem und rechtem Oberschenkel, unter und in der Haut liegende, rosarote und zehnpfennigstückgroße Knoten. Therapie: Aspirin 4 + 1,0. Wassermann +. Je 3 Salvarsan 0,2, 0,3 und 0,4 intravenös und 3 Hg. sal. abwechselnd. Erythema nodosum nicht mehr erkennbar. Beim Stehen des Pat. tritt an den Stellen des Erythems eine leicht livide Verfärbung auf. Lues und Erythema nodosum geheilt. Verf. ist der Ansicht, daß das Erythema nodosum durch die luetischen Toxine hervorgerufen ist. Als Beweis, daß das Erythema ein Sympton der Lues ist, führt er die schnelle Rückbildung durch Salvarsan an. Außerdem wird eine Anzahl von ähnlichen Fällen angegeben, wo von den zitierten Verfassern ein sicherer Zusammenhang angenommen wird. Die histologische Untersuchung des Erythemknotens ergibt weder eine Erweichung noch Ulzeration; Spirochäten werden nicht gefunden. Das Ergebnis seiner Betrachtungen faßt er dahin zusammen: daß an einem Vorkommen eines spezifisch luetischen Erythema nodosum sich nicht zweifeln läßt, die Behandlung sich mit der der Lues deckt, besondere Einwirkung durch Jod. Der oben beschriebene Fall ist besonders durch Hämorrhagien bemerkenswert und bestätigt die bisherigen Mitteilungen über luetische Hämorrhagien. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Dermatologisches Zentralblatt.

Bd. 15, Nr. 2, Nov. 1911.

1. Ulcera varicosa. Ihre Behandlung mit Berücksichtigung der Indikationsstellungen, von Franz Fischer-Düsseldorf. Mit Recht macht F. darauf aufmerksam, daß die Unterschenkelgeschwüre, auch wenn sie sachgemäß mit Zinkleimverbänden und ähnlichem verbunden werden, noch viel zu schematisch behandelt werden, ohne Berücksichtigung einer Indikationsstellung. Als ersten Grundsatz der Behandlung stellt er den Satz auf: Behandle kein Ulkus, bevor sämtliche, auch die geringsten entzündlichen Prozesse der Umgebung beseitigt sind. Er geht näher auf eine sachgemäße Vorbehandlung der Ekzeme verschiedener Stadien und der impetiginösen Dermatiden ein, die so oft die Unterschenkelgeschwüre begleiten; auch die Geschwüre selbst sollen nicht mit festen Verbänden behandelt werden, solange sie noch mit schmierigen eitrigen Belägen versehen sind und stark sezernieren. Auch bei den gereinigten Geschwüren kommt es sehr darauf an, wie tief der Geschwürsgrund greift, besonders ob schon bindegewebige Veränderungen des Geschwürsgrundes oder der Geschwürsränder eingetreten sind. Der Artikel bringt gerade nichts Neues, ist aber wegen der exakten Indikationsstellungen sehr lesenswert. (Der Artikel wird fortgesetzt.)

2. Die Ätiologie der Pellagra im Lichte der älteren und neueren Anschauungen, von Karl Ruehl-Turin. (Schluß.) In dieser Hälfte seiner Arbeit geht R. besonders auf die grundsätzlich verschiedenen Standpunkte von Tozzini und Alessandrini ein und faßt diesen Artikel dahin zusammen, daß heute bezüglich der Ätiologie der Pellagra sich im wesentlichen zwei große Parteien gegenüberstehen; auf der einen Seite verficht man, bald in der einen, bald in der anderen Weise, die toxische Theorie, bemüht sich zu beweisen, daß die Pellagra einzig und allein auf den verdorbenen und gesunden Mais zurückzuführen ist; auf der anderen Seite wird die toxische Theorie schwer angegriffen und behauptet, die Pellagra sei eine parasitäre Krankheit. Ob nun tatsächlich die Krankheit durch einen Streptobazillus oder ein Protozoon oder eine Filaria bedingt oder auf ein anderes Lebewesen aus dem Tierreich zurückzuführen sei, mag dahingestellt bleiben; es liegen noch heute zu spärliche Daten vor, um einer der erwähnten Hypothesen ohne weiteres zustimmen zu können. Jedenfalls haben die Anhänger der parasitären Theorie gegen die Maistheorie eine Reihe von bedeutenden und weittragenden Einwänden erhoben, welche, wenn sie sie auch noch nicht vollständig zu Falle bringen, ihr wenigstens einen großen Teil der Wahrscheinlichkeit rauben und sie als sehr fraglich erscheinen lassen. W. Lehmann-Stettin.

Folia urologica.

Bd. 6, Nr. 6, Nov. 1911.

1. Diabetes insipidus und Entwicklungshemmung nebst Bemerkungen zur Differentialdiagnostik des Diabetes insipidus, von H. Strauss-Berlin. In zwei Fällen von Hypoplasie des Genitalapparates mit anderweitigen Störungen, die von ihm als Entwicklungshemmungen angesprochen werden (Dystrophia adiposogenitalis), fand sich Diabetes insipidus. Verf. glaubt, daß für die Entwicklungshemmung und den Diabetes eine gleiche Ursache vorhanden ist, die er in einer Störung der inneren Sekretion sucht.

2. Über den Wert des urologischen Koeffizienten bei Nierenoperationen, von Guido Bonzani-Pavia. Die einseitige Erkrankung der Niere bereitet die Kompensation langsam vor, so daß in Fällen, in denen die Läsion einen solchen Grad erreicht hat, daß die Nephrektomie indiziert ist, die zurückbleibende Niere schon größten-

Digitized by Google

teils die Funktion übernimmt. Daher pflegt die Entfernung der kranken Niere das urologische Gleichgewicht nicht besonders zu stören; in den ersten 4—5 Tagen ist die Arbeit etwas vermindert, in den darauf folgenden Tagen vermehrt und vom zehnten Tage an stellt sich das Gleichgewicht langsam wieder her.

3. Über eine biologische Beziehung zwischen Prostata und Geschlechtsdrüsen und der letzteren untereinander, von ARTHUR GOETZL-Prag. Experimentelle Untersuchungen an Tieren über die Einwirkung von Prostata- und Hodensaft vom Menschen auf Tiere und von einem Tier auf das andere. W. Lehmann-Stettin.

Annales des maladies vénériennes.

Bd. 7, Nr. 11, Nov. 1911.

1. Eigenartiger Fall eines erythematös-knotigen Spätsyphilids, klinisch eine multiple gummöse Sporotrichose vortäuschend. Klinischer und histologischer Beitrag, von GIUSEPPE VERROTTI-Neapel. 50jähriger Mann hatte im 18. Lebensjahre eine Ulzeration am Glied gehabt, war aber sonst immer, mit Ausnahme von periodisch auftretenden Gelenkschmerzen gesund gewesen; seine Frau hatte nach zwei Aborten zwei wenig lebensfähige Kinder zur Welt gebracht und darnach einen Sohn, der jetzt im 24. Jahre steht und selbst Syphilis akquiriert hat. Das Knotenbild war fast ausschließlich auf den linken Arm beschränkt; die einzelnen Knoten, in Gruppen angeordnet, an Größe sehr verschieden, zeigten eine zentrale Erweichung ohne jede Tendenz zur spontanen Geschwürsbildung, wohl aber zur Resorption und Heilung ohne Narbenbildung. Die Suche nach dem Sporotrichon war negativ, WASSERMANN positiv; Heilung unter kombinierter Behandlung. Die histologische Untersuchung (Reproduktion von Schnitten) zeigte, daß die Knoten als periphlebitisches Granulom beginnen, im subkutanen Bindegewebe rundliche Infiltrationen bilden, die sich in den perivaskulären Zwischenräumen entlang den kleinen Venen fortsetzen.

2. Syphilistherapie und Wassermannsche Reaktion, von H. GOUGEROT und F. M. PARENT. Die Verfasser haben sich eine eingehende Beantwortung der Frage nach der prognostischen Bewertung des WASSERMANN vorgenommen, besonders im Hinblick darauf, daß heute schon von verschiedenen Seiten eine je nach Ausfall der Reaktion vorzunehmende intermittierende Behandlung vorgeschlagen wird, bzw. von anderer Seite ein mehrmalig negativer WASSERMANN als Heilung betrachtet und auch nach Abortivversuchen so bewertet wird. Die Verfasser beginnen zunächst mit ausführlicher Besprechung der einschlägigen Literatur. (Der Artikel wird fortgesetzt.)

3. Zur Abortivbehandlung der Syphilis, von H. HALLOPEAU. Polemik gegen die im Septemberheft der Annalen veröffentlichte Arbeit von MOUTOT.

4. Zur Abortivbehandlung der Syphilis, von HENRY MOUTOT-Lyon. M. zerpflückt noch einmal die von HALLOPEAU veröffentlichten Fälle, in denen die lokalen Injektionen von Hektin eine Heilung der Krankheit herbeigeführt haben sollen. Selbst in den Fällen, in denen der Mißerfolg noch nicht zutage getreten ist, könnte man ein derartig absolutes Urteil über die Heilung nicht aussprechen.

5. Nervenerkrankungen bei Syphilitikern nach intravenösen Salvarsaninjektionen, von ALFRED LÉVY-BING, ROGER VOISIN und L. DUROEUX. Bericht über 4 Fälle von Fazialisparese und Meningitis, die bei Syphilitikern der sekundären Periode, sogar innerhalb der ersten 6 Monate der Erkrankung, nach Salvarsan auftraten. Die Verfasser betrachten die Erkrankungen nicht als Arsenintoxikationen analog denen bei Atoxylgebrauch, sondern sind mit EHRLICH der Meinung, daß es sich um Syphilisrezidive handelt. Sie begründen dies in folgender Weise: 1. Der ziemlich lange Zeitraum

Digitized by Google

zwischen dem Auftreten der nervösen Symptome und der letzten Salvarsaninjektion; 2. Abwesenheit irgend welcher sonstiger Erscheinungen einer Arsenvergiftung; 3. die entzündliche Natur des Prozesses mit spinaler Lymphozytose ohne Nervenatrophie; 4. das Auftreten einer primären Fazialisparese bei einem dieser Kranken schon vor der Salvarsaninjektion; 5. der schnelle Rückgang der Symptome nach Quecksilber bzw. Salvarsan.

6. Zwei neue Mißerfolge der Abortivbehandlung der Syphilis mittels lokaler Hektininjektionen in Kombination mit allgemeiner Jodquecksilberbehandlung, von André Augagneur-Lyon. In den beiden berichteten Fällen traten 3 bzw. 6 Monate nach Beendigung einer sehr rigoros durchgeführten Abortivbehandlung nach Hallopeau prompt sekundäre Erscheinungen ein. W. Lehmann-Stettin.

Giornale Italiano delle Malattie veneree e della pelle.

1911, Fasc. IV.

Über Resorption von Quecksilberpräparaten bei intramuskulären Injektionen, von C. Lombardo. Die ovalen Räume, die sich innerhalb oder neben den Injektionsherden bei Hg-Präparaten finden, sind eine Folge der großen Mengen, in denen sie gewöhnlich gelöst sind. Der nekrotische Herd, der besonders beim grauen Öl einige Male gefunden wurde, ist nicht durch direkte Wirkung metallischen Quecksilbers hervorgerufen, sondern durch Substanzen, die in der betreffenden Flüssigkeit gelöst oder ihr hinzugefügt sind. Die schwarzen Granulationen, die sich bei den Quecksilbertröpfchen und im umgebenden Gewebe finden, sind hervorgerufen durch Unreinheit des Hg. Das metallische Hg., im Innern der Muskeln, kommt nicht zur Resorption durch Bildung von Quecksilberdämpfen oder durch Phagozytose, sondern infolge von Oxydationsprozessen speziell mit Hilfe von Wander- und neugebildeten Zellen. Alle Hg-Präparate kommen in Form organischer Kombination zur Resorption besonders von Chloralbuminaten. Diese Zusammensetzungen erleiden im Kreislauf und in den Organen noch weitere Veränderungen, bis sie schließlich eliminiert werden.

Beitrag zum Studium der Meiostagminreaktion bei Syphilis, von Publio Sensini. Die M.-R. war in 4 Fällen von primärer Syphilis nur einmal positiv, die gleichzeitig angestellte Wassermannsche Reaktion in 2 Fällen. In letzteren lag der Beginn der Sklerose 25—35 Tage zurück, in den beiden anderen 15—18 Tage, bei dem einen, wo die M.-R. positiv war, 35 Tage; dies ließe auf eine geringere Empfindlichkeit der letzteren Reaktion schließen. — In 12 Fällen sekundärer Syphilis war Wassermann immer positiv, die M.-R. fünfmal negativ, bei sechs tertiären Formen Wassermann positiv, M.-R. nur zweimal, aus zwei parasyphilitischen Erkrankungen waren beide Reaktionen negativ. Nach diesen Resultaten scheint also die Meiostagminreaktion weniger zuverlässig zu sein als die Wassermannsche Reaktion.

Experimentelle Studien über Lupuseinimpfungen beim Meerschweinchen, von Stanziale. Durch subkutane Impfungen infektiösen Materials, das von einem Lupus tuberculosus entnommen wurde, hat Verf. beim Meerschweinchen einen torpiden tuberkulösen Prozeß hervorgerufen, der charakterisiert ist durch Drüsenschwellungen von harter Konsistenz mit deutlicher Tendenz zur Zirrhose. Sie sind entzündet mit chronischem Charakter und können bemerkenswerte Dimensionen annehmen, bis zur Haselnußgröße in der der Impfstelle am nächsten liegenden. Einige Male bei den letzten Überimpfungen von Tier zu Tier erhielt er eine besonders toxische Form, die in relativ kurzer Zeit zum Tode des Tieres führte. In den Fällen, wo solche Intoxikation fehlte, findet sich wieder die glandulöse Erkrankung als einziger Ausdruck der Infektion. Ganz ausnahmsweise erfolgte nach der Inokulation eine Tuberkulose der inneren Organe mit

Digitized by Google

ziemlich langsamem Verlauf. Die mikroskopische Untersuchung (Abbild.) zeigt die Merkmale eines tuberkulösen Prozesses mit fibrösem Charakter.

Beitrag zum Studium des Pemphigus vegetans (Neumann), von Carlo Bottelli. Die Krankengeschichte dieses Falles bei einer 40jährigen Frau bietet nichts Besonderes. Im Urin fand sich etwas Saccharum, kein Albumen. Die Untersuchung des Blutes ergab eine starke Eosinophilie, Wassermann negativ. Kulturversuche waren in jeder Richtung ohne Resultat (Abbild.).

Multiple Ulzerationen der Haut durch Staphylococcus pyogenes mit serpiginöser Verbreitung und chronischem Verlauf durch eine innere Ursache, von Giuseppe Tuccio. Die 52jährige Frau bemerkte 2 Jahre vorher zuerst am Malleolus eine Pustel mit rotem Hof, ohne Beschwerden davon zu haben; dieselbe fing an zu ulzerieren und kroch trotz weiterer Behandlung allmählich über den ganzen Knöchel, um schließlich ganz langsam mit einer großen Narbe zu heilen. Nach einem Jahre traten an anderen Stellen des Körpers (Hüfte, Brust usw.) dieselben Erscheinungen auf: Bildung einer Pustel mit zentraler Nekrose und Heilung mit Narbenbildung oder Ulzerieren mit serpignösem Fortschreiten und der Behandlung lange trotzender Heilung. Die Ulzerationen gehen nicht über das subkutane Bindegewebe hinaus, machen verhältnismäßig wenig Beschwerden und alterieren nicht das Allgemeinbefinden. Bemerkenswert sind die bakteriologischen Untersuchungen des Falles: Alle Kulturen gaben reine Kolonien von Staphylococcus pyogenes aureus. Subkutane Impfung eines Kaninchens ergab an der Impfstelle einen Abszeß mit nachfolgender Nekrose und Heilung nach 7 Tagen ohne Drüsenschwellung. — Die Patientin wurde durch antiseptische Behandlung unter Bildung großer Narben schließlich geheilt, nachdem eine zweimonatliche antisyphilitische Kur keinen Erfolg hatte. — Verf. ist der Ansicht, daß die Krankheit nicht von außen von Herd zu Herd übertragen wurde, sondern von einem inneren Herd, dessen Sitz unbekannt ist, herrührt. (Vielleicht könnte man auch daran denken, daß die Krankheit hysterischer Ätiologie ist. In der Krankengeschichte findet sich eine Notiz, daß eine Ulzeration durch einfache Okklusion geheilt wurde. Ref.)

Haas-Hamburg.

Bücherbesprechungen.

Über Neurorezidive nach Salvarsan- und Quecksilberbehandlung, von J. Benario. Ein Beitrag zur Lehre von der Frühsyphilis des Gehirns. Mit einem Vorwort von Wirkl. Geheimen Rat P. Ehrlich. Mit 1 Tafel und 5 Figuren im Text. (J. F. Lehmanns Verlag. München, 1911.) In dem Vorwort nennt Ehrlich das vorliegende Buch von Benario ein Werk, „welches nicht nur einen ephemeren Wert in bezug auf die Salvarsantherapie der Syphilis beanspruchen darf, sondern von großer Bedeutung für die Beurteilung des Wesens und des Verlaufes der Syphilis, im besonderen der Hirnsyphilis, bleiben wird". — Trotz dieser Worte gestehen wir, daß die Frage, ob wir in dem Salvarsan ein Mittel mit, wenn auch versteckten, neurotropen Eigenschaften besitzen, durch Benario keineswegs aus der Welt geschafft ist: im Gegenteil, die einander scharf gegenüberstehenden Ansichten bleiben ungeschwächt jede für sich bestehen. Buschke und sein Mitarbeiter Fischer, welche als erste die Neurotropie des Mittels behaupteten, können, wie auch die endgültige Lösung ausfallen wird, es sich gefallen lassen, daß ein umfängliches Werk zur Bekämpfung ihres Standpunktes erscheint, der vor allem durch Finger und Rille eine starke Stütze erfahren hat.

Digitized by Google

Aus privater Korrespondenz und der periodischen Literatur (Literatur seit Entdeckung des Salvarsans? Ref.) hat Benario 210 Salvarsanneurorezidive und 122 Quecksilberneurorezidive im gleichen Zeitraum einander gegenübergestellt. Die Vergleichung beider Reihen ergibt für Benario als wichtiges Ergebnis die fast vollständige Übereinstimmung in bezug auf den Optikus und eine fast absolute für den Akustikus. Damit fällt die neurotoxische Komponente des Salvarsans; „es müßte denn sein, daß man sie in gleicher Weise für das Quecksilber supponiert". Aber auch die indirekt neurotoxische Wirkung fällt für den Verfasser fort, die Bereitung eines Locus minoris resistentiae. Da alle Hirnnerven gleich infizierbar sind, müßte schon eine geheimnisvolle Macht im Spiel sein, die gerade in der Reihenfolge einen Locus min. in den Nerven schafft, wie wir sie unter Quecksilberhandlung antreffen. „Die Häufigkeitsskala der Hirnnervenerkrankungen verläuft vollkommen parallel bei Quecksilber und Salvarsan."

Referent erhebt hier — vgl. Fingers Vortrag auf dem Frankfurter Otologenkongreß — den Einwand, daß Benarios Statistik steht und fällt mit der Frage: Auf wie viele frische und energisch von vornherein behandelte Syphilisfälle verteilen sich die 122 Quecksilberneurorezidive?

Die Neurorezidivfrage läßt sich wohl schwer lösen mit rein statistischen Erhebungen, welche in der klinischen Medizin überhaupt einen nur sehr bedingten Wert besitzen. Und in dieser speziellen Frage kommt hinzu, daß wir ja noch gar nicht wissen, was unter einer ausreichenden Salvarsantherapie zu verstehen ist. Die Empfehlungen wechseln noch täglich. Benario scheint der Meinung Bayets und anderer zuzuneigen, bei Primäraffekten 3 Dosen à 0,4—0,6 in etwa 3 Wochen intravenös zu geben. Bis zu 3 g bei der sekundären Syphilis. Als Richtschnur das Negativwerden der Wassermannschen Reaktion.

Diese Frage einer ausreichenden Salvarsantherapie muß an erster Stelle gelöst werden. Sicherlich haben die Neurorezidive zu neuen klinischen Gedankengängen angeregt. Die Lösung der ganzen Frage aber muß durch Forschungen gebracht werden, zu welchen wohl wieder ganz neue und überraschende, mehr auf biologisch-anatomischem Gebiet liegende Gesichtspunkte gehören.

So ist Referent der Aufgabe überhoben, zu Benarios Ansichten im einzelnen Stellung zu nehmen. Unter anderem: warum sollten alle Hirnnerven „gleich infizierbar" sein? Man denke an die Vorliebe der Malaria und anderer Infektionen, des Alkohols für gewisse Nerven, des Bleis für gewisse Muskelgruppen usw.

Bleiben wir auf rein klinischem Gebiet — Benarios einschlägige Beleuchtung der einzelnen Neurorezidive behält ihren Wert —, so kommen wir darüber nicht hinweg, daß Kliniker, welche an J. Neumanns Riesenmaterial sich gebildet haben, einfach achtlos zur Quecksilberzeit an der vermeintlich nicht seltenen Zahl syphilitischer Hirnnervenlähmungen in der ersten Frühperiode der Infektion vorbeigegangen sein sollten. — Benario läßt die gehäuften Fälle „in Kleinbetrieben" — (sit venia verbo! Ref.) — ein Fingerzeig werden für eine verkehrte Art der Anwendung des Mittels. Uns will es dünken, daß die ganz genau analysierte Einzelbeobachtung hier mehr wiegt als große Zahlen aus einem Krankenmaterial, das nur zum geringsten Teil einer Nachprüfung unterliegt.

Jeder Leser des Buches wird mit großer Achtung Kenntnis nehmen von der eindringlichen Art, mit welcher Benario als nicht beweiskräftig die klinischen Beobachtungen hinzustellen versucht, welche ihrerseits sich schwer mit der Annahme vereinigen lassen, daß der Traum, der Wunsch aller Syphilidologen durch Ehrlichs große Tat bereits verwirklicht ist. Ernst Delbanco-Hamburg.

Il „606" nel laboratorio e nella pratica (Das Salvarsan im Loboratorium und

Digitized by Google

in der Praxis), von Ferdinando de Napoli. (Napoli, casa editrice Vittoria Idelson, 1912.) Das von Ehrlich selber mit einer Einleitung versehene Buch bildet eine monographische Bearbeitung alles dessen, was vom Salvarsan wissenswert ist. Die Chemie, die Zubereitungsweise, die Technik der verschiedenartigen Injektionen, die Nebenwirkungen und klinischen Erfolge, die Toxizität und Dosierung, zum Schluß die Indikationen und Kontraindikationen des Mittels werden ausführlich behandelt. Eigene Kapitel sind dem Zusammenhang des Salvarsans und Quecksilbers, der Prophylaxe, der Ehe, der Abortiv- und Präventivkur der Syphilis in Beziehung zum Salvarsan gewidmet.

Gunsett-Straßburg.

Über moderne Syphilistherapie mit besonderer Berücksichtigung des Salvarsans, von A. Neisser. (Samml. zwangl. Abhandl. auf dem Gebiete der Dermatol., der Syphilidol. und der Krankh. des Urogenitalapparates. I. Bd., Heft 1. Carl Marhold, Halle a. S., 1911.) Das Prinzip der an der Neisserschen Klinik nach Einführung des Salvarsans geübten Syphilistherapie ist folgendes: Neisser wünscht einerseits akute Schläge zu möglichst schneller Abtötung der Spirochäten, andererseits eine chronische Dauer- und Nachwirkung, um entwicklungshemmend zu wirken. Er kombiniert infolgedessen intravenöse Salvarsaninjektionen, eventuell zugleich akut resorbierbare Hg-Präparate (speziell Asurol) mit remanenten Präparaten (speziell Oleum cinereum).

Gewöhnlich wird etwa nach folgendem Schema vorgegangen:

1. 1. Tag: Salvarsan intravenös 0,3—0,4—0,6,
2. 4. Tag: Asurol 2 ccm einer 5%igen Lösung = 0,04 Hg,
3. 8. Tag: Salvarsan intravenös 0,3—06,
4. 11. Tag: Asurol = 0,04 Hg.

1.—4. kann eventuell schon in 8 Tagen erledigt werden.

5. 14. Tag: Asurol = 0,04 Hg,
6. 18. Tag: Oleum cinereum = 0,07 Hg,
7. 21. Tag: „ „ = 0,07 Hg,
8. 25. Tag: „ „ = 0,07 Hg,
9. 29. Tag: Salvarsan intravenös 0,3—06,
10. 32. Tag: Oleum cinereum = 0,14 Hg,
11. 39. Tag: „ „ = 0,14 Hg,
12. 46. Tag: „ „ = 0,14 Hg.

Ist diese Kur zu Ende, so wird fünf bis sechs Wochen nach deren Beendigung eine Blutuntersuchung vorgenommen. Ist sie positiv, so macht Neisser eine zweite Kur ungefähr wie die erste, selbstverständlich indem er sich nach den inzwischen bei dem vorliegenden Krankheitsfall gemachten Erfahrungen richtet und daher eventuell die Dosen oder die Zeitabstände zwischen den Injektionen usw. verändert.

Ist die Reaktion negativ, so macht Neisser jedenfalls wenigstens eine weitere intravenöse Salvarsaninjektion, nach fünf bis sechs Wochen wieder Blutuntersuchung und jedenfalls wieder Salvarsan, vielleicht sogar noch einmal Oleum cinereum, wöchentlich 0,07—0,14 Hg — je nach der Konstitution des Kranken — bis zur Gesamtdosis von 0,70 Hg.

Wieder acht Wochen nach Abschluß der Behandlung Blutuntersuchung.

Ist sie wieder negativ, so kommt der schwerwiegende Entschluß: Darf man sich nun schon auf die Heilung verlassen? Über diese Frage werden erst die Erfahrungen des nächsten Jahrzehnts entscheiden. Bis dahin wird es von dem Temperament des Arztes und des Patienten und sonstigen Umständen abhängen, ob er doch noch lange Zeit hindurch eine „chronische Behandlung" vornehmen oder dieselbe abbrechen soll.

Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von Anilinfarbstoffen auf die menschliche und tierische Haut, vorläufige Mitteilung von Otto Sachs-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 45.) Brillantrot, Krapplack, Gelblicht und Grünerlack haben sämtlich eine starke granulationsbefördernde und epithelisierende Wirkung, die also nicht allein für das Scharlachrot spezifisch ist.

W. Lehmann-Stettin.

Über parasitäre Hautaffektionen und ihre Behandlung, von Hahn. (Fortschr. d. Med., 1911, 22.) Dem Spezialisten nichts Neues bietend. Haas-Hamburg.

Über das Verhalten entzündlicher Bildungen der Haut gegen Tuberkulin, von A. Sternberg-St. Petersburg. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 26.) Verfasser entdeckte die Tatsache, daß lokale (Pirquetsche) Tuberkulinreaktion nicht eintritt, wenn das Einritzen auf nicht normalen Hautstellen, wie Effloreszenzen bei Akne, Furunkulosis, Pockenpusteln, Erythema exsudativum multiforme, Typhusroseola und Herpes zoster geschieht. Experimentell stellte Verfasser sodann fest, daß eine derartige negative Tuberkulinreaktion nur bei Vorhandensein einer Exsudation in die Haut beobachtet wird. Dieses Phänomen gewinnt praktische Bedeutung für die Diagnose zweifelhafter Hauteffloreszenzen, indem bei den Tuberkuliden im Gegensatz zu den genannten entzündlichen Effloreszenzen Herdreaktion, also Verstärkung der Entzündungserscheinungen auftritt. In einigen einschlägigen Fällen sind Verfasser hierdurch gute diagnostische Dienste geleistet worden. Arthur Schucht-Danzig.

Gibt es anatomische Veränderungen der Schweißdrüsen bei inneren Krankheiten? von Wolfgang Veil. (Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1911, Nr. 5 und 6.) In keinem Falle konnten anatomische Veränderungen von Schweißdrüsen bei inneren Krankheiten festgestellt werden, falls es sich um sofort post exitum entnommene und konservierte Hautstücke handelte. Alle schweren degenerativen Veränderungen, welche der Verfasser selber und die Untersucher vor ihm fanden, fallen dem außerordentlich raschen Zerfall der Schweißdrüsen post mortem zur Last, es sind rein postmortale Veränderungen. Gunsett-Straßburg.

Zur Frage der Fettgewebsnekrose im Unterhautzellgewebe, von J. Leyberg-Lodz. (Przeglad lekarski, 1911, Nr. 22.) Bei histologischer Untersuchung chemischer Entzündungsprozesse im Unterhautzellgewebe fand Verf., daß unter Einwirkung von fettlösenden Mitteln das Fettgewebe einer typischen Fettgewebsnekrose anheimfallen kann, wie sie im Pankreas zu sehen ist. Ausgedehnte Herde von Fettgewebsnekrose erzielte Verf. in der subplatysmoidalen Fettschichte der Haut einer weißen Ratte, zehn Tage nach subkutaner Einspritzung von 3 g Äther und täglichen Zusatz einiger Ättertropfen in das so gewonnene Infiltrat. In der menschlichen Pathologie spielt die Fettgewebsnekrose des Unterhautzellgewebes keine Rolle. Sie kommt neben der Fettgewebsnekrose im subperitonealen und subpleuralen Gewebe in den seltenen Fällen von Pankreastraumen, in denen es zur Durchtränkung der Gewebe mit einem Fett spaltenden Fermente kommt. Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über ein indianisches Pfeilgift nebst Versuchen mit einem aus der Haut von Rana esculenta gewonnenen Gift, von Caspari und Loewi-Berlin. (Med. Klinik

Digitized by Google

1911, Nr. 31.) Der Hautsaft unserer gewöhnlichen Froschart Rana esculenta, gewonnen durch starke Reizung mit faradischen Strömen, zeigte ebenso wie der Extrakt aus der abgezogenen Haut eine Giftwirkung auf Meerschweinchen und Frösche, wie ein aus dem Hautsekret von Fröschen in Kolumbien gewonnenes Pfeilgift: Dyspnoe, Zyanose, vertiefte Atmung, Krämpfe und Exitus. Arthur Schucht-Danzig.

Chronische Vergiftung durch ein Paraphenylendiamin-Haarfärbemittel, von Damianos-Athen. (Therap. Monatsh., Okt. 1911.) Dieses in Deutschland u. a. Staaten verbotene Haarfärbemittel hatte in einem Falle zu einer chronischen Vergiftung geführt, welche dem Bilde der chronischen Anilinvergiftung ähnlich verlief: Erscheinungen von seiten des Nervensystems, wie Abgeschlagenheit, Ohrensausen, Schwindel, Konvulsionen, Ameisenlaufen u. a., und von seiten der Verdauungsorgane, wie Aufstoßen, Erbrechen, Diarrhöen, Verstopfung. In dem hier beschriebenen Falle standen die nervösen Symptome und Krampfanfälle im Vordergrunde, was bisher noch nicht beobachtet wurde.

Arthur Schucht-Danzig.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Therapie der Syphilis, von Julius Citron. (Therap. Monatsh., Juli 1911.) Verfasser präzisiert in ausführlicher Form seine aus seinen früheren Arbeiten bekannten Anschauungen. Die Wassermannsche Reaktion ist ein Zeichen aktiver Syphilis, daher muß das Ziel der Therapie sein, sie in eine negative umzuwandeln. Es empfiehlt sich, die Salvarsan- und Quecksilberbehandlung zu kombinieren. Arthur Schucht-Danzig.

Über die Wassermannsche Reaktion bei nichtsyphilitischem Serum und über Lezithin als Antigen, von Ezio Calcaterra. (Zentralbl. f. Bakt., Bd. 60, H. 3/4.) Bei den Kontrolluntersuchungen, welche C. mit dem Serum von 76 Kaninchen, die teils keinerlei Behandlung (4) unterzogen und teils mit wässerigem Lungengewebsextrakt (6), mit Diplokokken- und Gonokokken-Alexinen (4) und mit Lezithin (2) behandelt worden sind, vornahm, war die Reaktion bei je einem der Tiere der drei ersten Kategorien positiv, bei den mit Lezithin behandelten aber völlig negativ. C. kommt daher zu der Schlußfolgerung, daß auch unbehandelte oder mit Substanzen nicht spezifisch syphilitischer Natur behandelte Kaninchen ein Serum liefern können, welches hämolysehemmend wirkt, wenn es in das hämolytische System in Gegenwart von Meerschweinchenherzextrakt (als Antigen) eingeführt wird, 2. diese Eigenschaft des Kaninchenserums nicht auf die Einführung von Lezithin, wie manche Verfasser meinen, zurückgeführt werden kann. Da aber die Sera kokzidiöser Kaninchen nach anderweitigen Untersuchungen häufig unnormale Reaktion aufweisen, so müßte weiterhin festgestellt werden, wie oft die Fixationsreaktionen bei kokzidiösen und nicht kokzidiösen Kaninchen und bei anderen kokzidiosefreien Tieren positiv ist, selbstverständlich bei Abwesenheit einer experimentellen Syphilisinfektion. Stern-München.

Die Vorteile der Verwendung größerer Liquormengen („Auswertungsmethode") bei der Wassermannschen Reaktion für die neurologische Diagnostik, von Alfred Hauptmann. (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 42, S. 240.) Verf. hatte bei Liquoruntersuchungen eine Erweiterung der Wassermannschen Methode angegeben, derart, daß durch Steigerung der verwandten Liquormengen auch in den Fällen eine positive Reaktion erzielt wurde, wo sie bei der früheren Versuchsanordnung negativ war. Er hat diese Methode bei einer Reihe von Krankheiten ausprobiert und findet, daß bei Symptomenkomplexen, die sowohl syphilitischen wie nichtsyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems

Digitized by Google

zukommen, die Differentialdiagnose viel sicherer geworden ist. Während früher nur der positive Ausfall der Reaktion verwertbar war, ist es jetzt auch der negative. Wenn ein Kranker auch syphilitisch ist und positiven Wassermann im Blute hat, wird der Liquor nie positiv reagieren, wenn das Nervenleiden nicht syphilitischer Natur ist.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über den Einfluß der Jodkaliumbehandlung auf die Wassermannsche Reaktion, von Enzo Bizzozero. (Med. Klinik, 1910, Nr. 31.) B. hat gefunden, daß in einer, allerdings geringen Anzahl der Fälle die Seroreaktion durch Jodkalium negativ wird. Da gleichzeitig eine bedeutende klinische Besserung eintrat, bezieht er das Verschwinden der Reaktion auf die Veränderung der Blutbeschaffenheit durch Besserung der syphilitischen Affektion. Richard Frühwald-Leipzig.

Tertiäre Syphilis des Larynx. Injektion von 0,6 Salvarsan, von Hicguet. (La Policlinique, Brüssel, 1911, Nr. 16.) Heilung 3 Wochen nach der Injektion.

Gunsett-Straßburg.

Syphilopyodermitis der Nase und schwere ulzeröse Keratitis interstitialis geheilt durch überintensive multimerkurielle Behandlung, von Lebar. (Bull. méd., 1911, S. 576.) Eine Frau mit einem Gumma der Nase und mit schweren syphilitischen Augenerscheinungen wurde vergeblich mit Hg. behandelt. Deshalb wandte Lebar Hg auf verschiedenem Wege nach Jacquet (Pillen, Klysma, Inunktion und Injektion) an und erzielte rapide Heilung. Richard Frühwald-Leipzig.

3 Fälle von Syphilis der oberen Luftwege mit Salvarsan behandelt, von Hicguet und Fallas. (La Policlinique, Brüssel, 1911, Nr. 10.) Die 3 mitgeteilten Fälle hatten jeglicher Behandlung getrotzt und wurden mit Salvarsan rapid geheilt.

Gunsett-Straßburg.

Über syphilitische Erscheinungen im Bereiche der oberen Luftwege, von Fritz Hutter. (Wien. klin. Rundschau, 1911, Nr. 21—23.) In Form eines Vortrages Zusammenfassung der Klinik, Diagnose und Therapie der syphilitischen Erscheinungen in Mund, Nase, Pharynx und Larynx. Bezüglich der Therapie wird besonders auf die Wichtigkeit der Lokalbehandlung hingewiesen. Gute Erfolge mit Salvarsan.

Richard Frühwald-Leipzig.

Chronische Pneumonie (nebst einer Besprechung von 2 Fällen von Lungensyphilis), von L. S. Milne-New York. (Amer. journ. med. Science, 1911, Sept.) Die Arbeit bezieht sich im ganzen auf die pathologische Anatomie der chronischen, indurierenden Pneumonie, und die 2 Fälle von Lungensyphilis sind als eine vergleichende Ergänzung angeführt. Fall 1 betraf einen 72jährigen Mann, der an chronischer Nephritis und Herzschwäche zugrunde gegangen war. Die stark emphysematöse Lunge bot an dem unteren Lappen beiderseits eine erhebliche Verdickung der Pleura dar und ein den ganzen Lappen durchziehendes dickes Geflecht von derbem, scharf markiertem, faserigem Gewebe, das sich mikroskopisch als Narbengewebe präsentierte. Spirochäten waren allerdings nicht nachweisbar. Fall 2, eine 44jährige, ziemlich stark abgemagerte Frau, wies verschiedene klinische Merkmale der Lues auf. Die Lunge enthielt neben den narbigen Veränderungen, wie sie beim ersten Fall vorhanden waren, Gebiete von der Art der grauen Hepatisation an verschiedenen Stellen und auch einzelne kleine Abszesse. Die genaueren histologischen Verhältnisse sind an der Hand von Abbildungen ausführlich wiedergegeben. Spirochäten konnten auch in diesem Falle nicht entdeckt werden. Verf. bemerkt, daß wir heutzutage einen wesentlich anderen Begriff mit dem Worte Lungensyphilis als frühere Verfasser verbinden, und daß neben den hier geschilderten Prozessen mancherlei andere Äußerungen dieser Infektion an der Lunge schon festgestellt sind. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Die Lungensyphilis beim Erwachsenen, von G. Massia. (Gaz. d. hôp., 1911, Nr. 128 u. 131.) Aus der Bibliographie von 1896 bis 1911, welche ausführlich angegeben ist, wird ein pathologisch-anatomisches und klinisches Bild der Erkrankung entworfen. Neue Fälle werden nicht mitgeteilt, wohl aber wird eine gute Übersicht über die einschlägige Literatur gegeben. Gunsett-Straßburg.

Lungensyphilis, von J. D. Stanley-Birmingham. (Brit. med. journ., 1911, 7. Okt.) Bei Gelegenheit der Jahresversammlung der Brit. med. Association berichtete Verf. in der medizinischen Abteilung über seine Beobachtungen über Lungensyphilis. Er hat in den letzten 7 Jahren nicht weniger als 15 Fälle gesehen, bei denen diese Diagnose gerechtfertigt erschien. In einigen Fällen wurde dieselbe durch die Autopsie bestätigt. Nach den physikalischen Erscheinungen allein läßt sich allerdings kein bestimmter Schluß auf Lungensyphilis ziehen; aber bei vorhandenen Lungensymptomen von irregulärem und vagem Typus, mit negativem Befund in bezug auf Tuberkulose bei genügendem Anhalt für eine luetische Infektion und besonders bei Symptomen von anderweitiger syphilitischer Erkrankung innerer Organe ist man entschieden berechtigt, das Lungenleiden mit antisyphilitischen Mitteln in Angriff zu nehmen. Verf. hat zurzeit noch eine Patientin in Behandlung, deren Lungenaffektion bei zwei Gelegenheiten auf eine antisyphilitische Behandlung sich besserte, während alle sonstigen Mittel versagten. Anatomisch sind 3 Formen der Lungensyphilis zu unterscheiden: die eine präsentiert sich in der Form einer interstitiellen Pneumonie, die zweite als eine frühe diffuse Sklerose und die dritte als eine derbe, deformierende Sklerose; außerdem finden sich bekanntlich miliare und große Gummata in größerer oder geringerer Häufigkeit. Philippi-Bad Salzschlirf.

Hämatologische Untersuchungen über Syphilis acquisita bei Erwachsenen, von Léon Mansillon. (Thèse de Montpellier, 1910, Nr. 96.) Fritz Loeb-München.

Latente Syphilis des Herzens und der Aorta, von Henri Pied. (Journ. d. pratic., 1911, S. 726.) P. bringt die Krankengeschichten zweier Patienten. Der eine litt an Dilatation des Aortenbogens, Aorteninsuffizienz, adhäsiver Perikarditis und Tachykardie, der andere an Arythmie und Asystolie. Bei beiden hatte das gewöhnliche Herzregime (Ruhe, Digitalis usw.) nur vorübergehende Erfolge. Dagegen wirkte die Kombination mit Jod und Quecksilber außerordentlich günstig. P. sieht in diesen Fällen einen neuerlichen Beweis dafür, daß viele Fälle von Herzleiden, die der Arteriosklerose zur Last gelegt werden, durch Syphilis verursacht sind. Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Syphilis des Herzens und der Aorta, von R. Schmincke-Bad Elster. (Reichs-Med. Anz., 1911, Nr. 17 u. 18.) Schourp-Danzig.

Beiträge zur pathologischen Histologie, Genese und Ätiologie der Doehle-Hellerschen Aortitis, von Paul Eich-Düsseldorf. (Frankf. Zeitschr. f. Path., Bd. 7, H. 13.) Die Doehle-Hellersche Aortitis manifestiert sich makroskopisch an der Aorta ascendens, dem Arkus, der Aorta descendens bis zu den Arteriae renales durch narbige Falten und Furchen, durch grübchenartige Einziehungen und Dellen, in deren Bereich die Gefäßwand bis zum Durchscheinendwerden verdünnt sein kann; neben solchen durch Intimaverdickungen, die sich von den atherosklerotischen durch ihre weißliche Farbe und das Fehlen von Verkalkung auszeichnen. Mikroskopisch sieht man eine nach Umfang und Dauer der Krankheit zu verschieden starken Schädigungen der Gefäßwand führende, zur Bildung stark schrumpfender Narben neigende herdweise Entzündung, die in den meisten Fällen nur Media und Adventitia ergreift, aber auch die Intima nicht verschont; das letztere traf bei den Fällen des Verf. häufiger zu als bei denen der Voruntersucher. Der Infiltratbildung scheint in der Media fleckenweise Zerstörung der elastischen Fasern voranzugehen. Die Herde können gummösen Charakter tragen, unterscheiden sich aber in den meist beobachteten, leichteren Fällen nicht von Granulationsgewebe oder bei

Digitized by Google

längerem Bestehen von Narbengewebe. Auch bei der Atherosklerose kommt herdweise Media- und Adventitiaentzündung vor, die sich aber durch geringeren Umfang und die nahe Abhängigkeit von Intimageschwüren als sekundär kennzeichnet. Eine vorausgegangene syphilitische Infektion ist für eine große Zahl der Individuen mit Doehle-Hellerscher Aortitis sicher oder wahrscheinlich insgesamt über 86%. Doch ist eine von Lues unabhängige Entstehungsursache keineswegs völlig ausgeschlossen, namentlich können vereinzelte umschriebene narbige Herde der Aorta auch auf traumatische Einwirkungen bezogen werden. Zur Klärung der Frage nach der Ätiologie ist bei Fällen mit fehlenden oder unvollkommen klinischen oder anatomischen Luesbeweisen die Ausführung der Wassermannschen Reaktion am Leichenblut als brauchbares Hilfsmittel zu betrachten. Schourp-Danzig.

Eigenartiger Befund bei Aorteninsuffizienz infolge von Aortitis syphilitica, von Karl Koch-Berlin. (Virchows Arch., Bd. 204, H. 3.) Fall einer durch syphilitische Aortitis veranlaßten Aorteninsuffizienz mit Verschluß der Arteria coronaria sinistra. Schourp-Danzig.

Die Arteriosklerose des Herzens und der Aorta ist oft nur Syphilis, von Fiessinger. (Bull. méd., 1911, S. 871.) Bekanntes. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Arteriosklerose in ihren Beziehungen zur Syphilis, von R. Campana. (Riforma med., 1911, Nr. 48.) Campana beschreibt folgende Symptome, die man bei einem syphilitischen Arteriosklerotiker sehen kann: kleine, zirkumskripte, etwas pigmentierte, atrophisch-sklerosierte Flecken, welche man besonders in der Hohlhand findet, ferner leicht atrophische Depressionen mit leichtester Hyperkeratose an den Lippen der Zunge, aber auch sonst an Haut und Schleimhäuten, welche aussehen wie beginnende atrophische opaline Plaques und der zirkumskripten Sklerose eines Hautgefäßes entsprechen und dessen Form annehmen können, ferner hypertrophische Sklerose von Hautregionen. Zu gleicher Zeit können sich derartige atrophische und sklerotische Veränderungen in vielen inneren Organen finden. Durch diese und die begleitenden entzündlichen Veränderungen kommt es an vielen Stellen des Körpers zu kleinsten Nekrosen des Epithels und des Bindegewebes, welche in der Form kleinster fetthaltiger Granula sich im Gewebe deponieren und nicht mehr als letzte ausgenutzte Stoffwechselprodukte in den Urin übergehen. Dies kann man durch folgenden Versuch nachweisen: Man gießt sowohl in ein Reagenzglas mit normalem Urin, als in ein anderes mit Urin eines luetischen Arteriosklerotikers 14 bis 15 Tropfen einer 1%igen Lezithin-(Merck-)Emulsion und 3 g Äther-Alkoholmischung. Sofort verschwindet im kranken Urin jede Spur von Opaleszenz, weil er lipoidarm ist, bleibt aber im normalen Urin bestehen. Diese Reaktion ist im Verein mit der Wassermannschen von großem Wert für die Diagnose. Gunsett-Straßburg.

Bioptisches Studium der meningitischen Gefäßerkrankung, von Paul Ravaut. (Presse méd., 1911, Nr. 77.) Man kann immer im Beginn einer syphilitischen Läsion des Zentralnervensystems eine Entzündung der meningealen Gefäße finden. Sie kann sowohl in den ersten Monaten der Erkrankung als viele Jahre später auftreten, ohne je klinische Symptome zu machen. Mit der Zeit leidet das Zentralnervensystem darunter und erkrankt selber. Erst dann nimmt man die ersten klinischen Symptome wahr. Es ist deshalb von kapitaler Bedeutung, jederzeit diese meningitische Gefäßerkrankung diagnostizieren zu können, und dies ist nur auf dem bioptischen Wege der Lumbalpunktion möglich. Letztere ist um so nötiger, da die Wassermannsche Reaktion trotz vorgeschrittener nervöser Läsionen negativ sein kann. Die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit soll in Hinsicht auf drei Punkte vorgenommen werden: 1. das zytologische Bild, 2. die Eiweißvermehrung, 3. die Wassermannsche Reaktion. Bei leichtester Er-

Digitized by Google

krankung besteht oft nur eine leichte Druck- und Albuminvermehrung und das Vorhandensein von wenigen einkernigen Zellen. Dieser Typus kommt bei Roseola und bei Kranken mit Kopfschmerzen ebenso nach Salvarsaninjektionen vor. Einen bereits gefährlicheren Symptomenkomplex bildet die Vermehrung des Albumins mit Auftreten von Lymphozyten, denen oft einige polynukleäre und Plasmazellen beigemengt sind. Bei bereits starken meningealen Läsionen sind die Lymphozyten, die polynukleären und Plasmazellen oft so vermehrt, daß die Zerebrospinalflüssigkeit trübe ist. Die Albuminmenge wechselt; wenn sie aber reichlich vorhanden ist, so ist auch die Wassermannsche Reaktion positiv. Dieses Bild findet man bei den akuten Meningitiden der Sekundärperiode, ebenso bei den subakuten und lokalisierten, ferner immer im Beginn der Tabes und progressiven Paralyse. Es ist eine Begleiterscheinung der meningealen Gefäßerkrankung, welche den ersten klinischen Symptomen lange vorauseilt. Es ist deshalb von hohem Werte, im Stadium der Latenz ein diagnostisches Mittel an der Hand zu haben, welches es erlaubt, zu jeder Zeit diese prämonitorische Meningealveränderung festzustellen. Ravaut empfiehlt deshalb von der Lumbalpunktion Gebrauch zu machen jedesmal, wenn der Kranke eine präzise Antwort hinsichtlich seiner Prognose fordert und jedesmal dann, wenn der Arzt es für nötig hält. (Sollte sich die Richtigkeit dieser Verhältnisse bestätigen, so müßte allerdings bei jedem Syphilitiker ebenso wie die Wassermannsche Reaktion ebenfalls die Lumbalpunktion vorgenommen werden. Der Ref.) Gunsett-Straßburg.

Über die Venensyphilis mit besonderer Berücksichtigung der Phlebitis syphilitica praecox der oberflächlichen Extremitätenvenen, von Philippe Gaillard. (Thèse de Paris, 1911.) Der interessanten Arbeit liegen sechs Fälle von Thibierge zugrunde. Die spezifische Phlebitis ist häufiger als allgemein angenommen wird. Sie ist meistens eine Früherscheinung der Lues. Verfasser konnte sie 1—12 Wochen nach dem Auftreten des spezifischen Schankers beobachten. Im allgemeinen ist sie eine Sekundärerscheinung, welche in den ersten drei Monaten nach der Infektion in die Erscheinung tritt. Sie ist viel häufiger bei Männern zu beobachten als bei Frauen. Die Läsionen sind häufig symmetrisch und generalisiert; nur selten auf eine Vene beschränkt. Anscheinend übt die Ermüdung einen prädisponierenden Einfluß aus. Heilung tritt in etwa drei Wochen ein. Fritz Loeb-München.

Die Magensyphilis, von Albert Mathieu. (Gaz. d. hôp., 1911, Nr. 81.) Klinischer Vortrag ohne neue Tatsachen. Gunsett-Straßburg.

Der Einfluß des Alkohols auf die Reaktion nach Wassermann bei Syphilis, von Charles F. Craig und Henry J. Nichols-New York. (Journ. Americ. Med. Assoc., Bd. 57, Nr. 6.) In dieser vorläufigen Mitteilung machen die Verfasser darauf aufmerksam, daß nach Alkoholzufuhr die vorher positive Reaktion negativ wurde. Es soll daher bei jeder Wassermann-Untersuchung berücksichtigt werden, ob der Patient vor der Blutentnahme Alkohol zu sich genommen hat. Schourp-Danzig.

Nachprüfung der nach Angabe Müllers und Landsteiners modifizierten Methodik der Wassermannschen Reaktion mit nicht inaktiviertem Serum, von Emil Epstein und S. Deutsch-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 24.) Die Verf. haben über 600 Sera sowohl nach Landsteiner und Müller wie nach Original-Wassermann untersucht und haben in 253 positiven und 220 negativen Fällen übereinstimmende Resultate bekommen, während in 152 Fällen Differenzen sich ergaben, hauptsächlich in dem Sinne, daß die Aktivmethode mehr positive Ausfälle zeigte als der Original-Wassermann und dies besonders in Fällen, bei denen durch die klinische Beobachtung Lues sichergestellt wurde. Vorwiegend handelte es sich dabei um frische Fälle, selbst Sklerosen vor Ausbruch des Exanthems, oder um bereits vorbehandelte Fälle. Daraus geht für die Verf. hervor, daß die Methode nach Landsteiner und

Digitized by Google

Müller teils als wertvolle Kontrolle, teils als Ergänzung der bewährten Aufstellung mit inaktiviertem Serum heranzuziehen ist. Doch möchten sie diese niemals missen, so daß also die Aktivmethode nicht berufen erscheint, die ursprüngliche Methode zu ersetzen oder gar zu verdrängen. W. Lehmann-Stettin.

Zur vereinfachten Serumreaktion von Wassermann nach v. Dungern, von de Ridder und Marzorati. (Journ. med. de Bruxelles, 1911, Nr. 22.) Die Abhandlung enthält vergleichende Untersuchungen über die Wassermannsche Originalmethode und die v. Dungernsche Modifikation. Nach eingehender Besprechung der diagnostischen Syphilismethoden überhaupt, besonders aber der Technik der genannten Reaktionen, berichtet Verfasser über seine eigenen mit der v. Dungernschen Modifikation gewonnenen Erfahrungen. Die mit der letzteren Methode erzielten Resultate können nicht als so präzise gelten wie bei der Originalmethode. Positiver Ausfall kann im Sinne von Syphilis gedeutet werden und stimmt auch mit dem Ausfall der Originalmethode überein. Bei negativem Resultat ist es zweckmäßig, das Ergebnis mit der Originalmethode zu kontrollieren. Die Ergebnisse der Autoren decken sich im allgemeinen mit den schon von anderer Seite (Spiegel) gemachten Erfahrungen. Mit der Ausflockungsmethode nach Porges lassen sich nur annähernde Resultate erzielen. Graetz-Hamburg.

Die Noguchi-v. Dungernsche Modifikation der Wassermannschen Methode der Serodiagnose der Syphilis, von Jules Steinhaus. (La Policlinique, Brüssel, 1911, Nr. 12.) Eine Empfehlung der v. Dungernschen Methode. Der Verfasser sah noch keinen Fall, welcher unzweifelhaft die Unzulänglichkeit dieser Methode beweisen könnte. „Hingegen wird täglich die Zahl derjenigen Fälle größer, in welchen sie ein der Wassermannschen Methode identisches Resultat gibt und die klinische Diagnose bestätigt." Gunsett-Straßburg.

Der praktische Wert der Methode von Noguchi, von D. O. Robinson-New York. (Med. Record, 23. Juli 1910.) Verf. hat die Modifikation von Noguchi an 180 Fällen von Syphilis und 236 Fällen von nichtsyphilitischen Hautkrankheiten nachgeprüft und empfiehlt die Methode als einfach, genau und zuverlässig. Besonderen Wert legt sie darauf, daß bei den nichtsyphilitischen Fällen ein positiver Ausschlag nur da erzielt wurde, wo auch der Original-Wassermann positiv zu sein pflegt, also z. B. bei Lepra, Frambösie usw. W. Lehmann-Stettin.

Beitrag zur Kenntnis der Reaktion von Porges zur Diagnose der Syphilis, von P. Lhuissier. (Thèse de Paris, 1910, Nr. 387.) Fritz Loeb-München.

Ein Beitrag zur optischen Serodiagnose der Syphilis nach Jacobsthal, von Walter Kron. (Inaug.-Dissert., Berlin, 1911.) Eine Nachprüfung der optischen Serodiagnose der Syphilis nach Jacobsthal an einem Material von 170 Seris, die vergleichend mit der Wassermannschen Reaktion untersucht wurden, ergab folgendes Resultat: 1. Die meisten alkoholischen syphilitischen Leberextrakte bieten nicht das Bild, das zu einer exakten Diagnose durchaus notwendig ist, d. h. sie zeigen nicht viele Lipoidelemente in gleichmäßiger Verteilung, sondern neigen schon von Hause aus zur Schollenbildung. Auch von den sonst geeigneten Extrakten müssen manchmal Emulsionen aus demselben Grunde verworfen werden, da Zufälligkeiten bei der Verdünnung eine große Rolle spielen. 2. Der Prozentsatz der optisch positiv reagierenden Sera ist bedeutend geringer, als der nach der Wassermannschen Reaktion positiven, nur bei behandelten Syphilitikern scheint die optische Methode bisweilen feiner zu reagieren. 3. Bei kachektischen fiebernden Tuberkulösen ist die Spezifität nicht gewahrt, dagegen kommen bei kräftigen Individuen keine positiven Resultate vor, wenn Syphilis ausgeschlossen ist. 4. Der subjektiven Beurteilung der Resultate ist ein größerer Spielraum

Digitized by Google

gelassen als bei der Wassermannschen Reaktion. 5. Die Methode erfordert mehr Zeit als die Wassermannsche Reaktion, da sie frühestens nach acht Stunden, besser erst am nächsten Tage mikroskopisch abgelesen werden kann. Auch gehört zum Arbeiten mit dem Dunkelfelde viel Übung und Erfahrung.

Aus diesen Resultaten ergibt sich, daß die optische Serodiagnose in ihrer augenblicklichen Form für die Praxis nicht geeignet ist. Größeres Interesse bietet sie vom wissenschaftlichen Standpunkte aus, denn sie trägt zur Bestätigung der kolloidalen Auffassung der Syphilisreaktionen bei.

Fritz Loeb-München.

Die Serodiagnose der Syphilis nach den im Institut Pasteur im Jahre 1910—1911 verzeichneten Ergebnissen, von C. Levaditi und A. Latapie. (Presse méd., 1911, Nr. 88.) Die von den Verfassern benutzte Technik ist folgende: Zur Untersuchung eines Serums werden drei Röhrchen benutzt. In das erste kommen 0,2, ins zweite 0,1 und ins dritte 0,3 Kochsalzlösung. Dann wird nur dem ersten 0,1 und dem zweiten 0,2 titriertes Antigen zugefügt und zuletzt 0,1 Patientenserum (frisches) in jedes Röhrchen getan. Nach anderthalbstündigem Aufenthalt im Brutofen wird jedem Röhrchen 0,1 Hammelblutemulsion zugefügt (5 ccm Blut auf 100 ccm physiologische Kochsalzlösung). Dann kommen die Röhrchen wieder in den Brutschrank und wenn die Hämolyse im dritten Röhrchen vollständig ist, wird abgelesen. Tritt in diesem Röhrchen Hämolyse auf, so läßt sich das Resultat verwerten. Es trifft dies in über 90% der Fälle zu, und es braucht dann keine weitere Untersuchung angeschlossen zu werden. Gibt es aber im dritten Röhrchen keine Hämolyse, so ist das Serum zu arm an Komplement oder an Hammelblutambozeptoren. Dem muß dann auf folgende Weise abgeholfen werden: Man setzt zunächst denselben Röhrchen 0,1 vorher titrierten Hammelblutambozeptor zu. Nach 20 Minuten Brutschrank wird abgelesen. Fehlte es nur an diesem Ambozeptor, so tritt nun im dritten Röhrchen Hämolyse auf und das Resultat kann an den anderen Röhrchen abgelesen werden. Tritt aber auch jetzt keine Hämolyse im dritten Röhrchen auf, so fehlte es an Komplement. Dann wird der allererste Versuch wiederholt, aber unter Zugabe von 0,1 Komplement (1 Teil frisches Meerschweinchenserum + 4 Teile Kochsalzlösung) in jedes Röhrchen. Jetzt muß der Versuch gelingen, außer wenn das Serum antihämolytische Stoffe enthält, bei deren Vorhandensein aber auch die Originalmethode nach Wassermann im Stiche läßt. Das Prinzip dieser schnellen Methode ist nach dem Hecht-Bauerschen Verfahren aufgebaut, die quantitativen Verhältnisse ergaben sich aus Versuchen der Verfasser. Zur Titrierung des Antigens gehen dieselben folgendermaßen vor: Es wird diejenige Dosis einer Antigenverdünnung 1:15 bestimmt, welche 1. die Hämolyse durch (vorher mit einem Testantigen titrierte) negative Sera verhindert (Dosis „n") und 2. zur Hervorrufung der Hemmung mit positiven Seren genügt (Dosis „p"). Die Differenz d zwischen n und p ($d = n - p$) zeigt, ob das Antigen gut oder schlecht ist. Denn aus vielen Versuchen stellte sich heraus, daß, wenn d klein ist, das Antigen schlecht ist, im Gegensatz zu Antigenen, bei denen d eine große Zahl darstellt. Die Antigene werden mit Alkohol aus syphilitischen Lebern extrahiert, sind aber nicht gleichwertig, die schlechten werden entfernt und das feste als „Testantigen" aufgehoben.

Es wurden mit dieser Methode im Jahre 1910 4000 Sera untersucht. Für die Statistik wurden nur 913 Fälle verwertet, bei denen die anamnestischen Angaben genügten. Von 418 Kranken mit sicherer Lues reagierten 291 positiv = 69,3%, von 425 Kranken, die auf Syphilis suspekt sind, waren 117 = 27,5 positiv, 54 Kranke mit wenig wahrscheinlicher Lues und 16 sicher nichtluetische reagierten negativ.

Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Über die Brauchbarkeit der Syphilisreaktion nach Karvonen, von Conrad Siebert-Charlottenburg und Mironescu-Jassy. (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, Nr. 45.) Karvonens Reaktion beruht im Prinzip vollständig auf der Komplementablenkungsmethode der Wassermannschen Reaktion, benutzt aber als Indikator zur Sichtbarmachung des Effektes nicht die Hämolyse, sondern die Konglutination, ein von Bordet und Streng untersuchtes Phänomen, das auf dem Zusammenballen von Meerschweinchenblutkörperchen bei Zusatz von frischem Rinderserum beruht. Ein Organextrakt, Antigen, wird mit dem zu untersuchenden Serum und Pferdekomplement zusammengebracht. Nach einiger Zeit werden Rinderserum (Konglutinin) und Meerschweinchenblutkörperchen zugesetzt. Tritt Konglutination ein, so ist das Komplement in der ersten Phase des Versuches nicht gebunden worden, das Serum reagiert negativ. Tritt keine Konglutination ein, so ist das Komplement in der ersten Phase absorbiert worden, d. h. das Serum reagiert positiv. Die Verfasser prüften 100 Sera nach dieser Methode. Hiervon waren 15 normale Sera, die in Übereinstimmung mit der Wassermannschen Reaktion immer negatives Resultat gaben. Die übrigen 85 Fälle stammten von luetischen Patienten und in der Hauptsache aus den latenten Stadien. 58 Fälle reagierten davon nach Wassermannscher Reaktion negativ, nach Karvonenscher Reaktion waren aber nur 48 Fälle negativ und 10 positiv. Von letzteren hatten 8 sichere Luesanamnese, 2 davon waren nach Stern ebenfalls positiv. Ein Serum eines Falles von verdächtiger Knocheneiterung war mit luetischen Extrakten negativ. Auf Ochsenherzextrakt nach der Wassermannschen Technik war das Serum ebenso wie bei der Karvonenschen Reaktion positiv, was wahrscheinlich für Lues spricht. Es hat sich also die Reaktion in 9 Fällen der Original-Wassermannschen Reaktion überlegen gezeigt.

Von 27 positiven Wassermannschen Reaktionen stimmten 25 bis auf geringe Abweichungen mit der Konglutinationsmethode überein. Zwei Sera aber, die deutlich Wassermannsche Reaktion positiv gaben, reagierten negativ. Die Verfasser glauben, daß dies vielleicht auf das etwas weniger wirksame Ochsenherzextrakt zurückzuführen ist, während für die Wassermannsche Reaktion der viel wirksamere Lessersche Extrakt verwendet wurde. Gunsett-Straßburg.

Eine einfache Technik zur Ausführung der Komplementfixation bei Syphilis, von Alexander Fleming und Frank J. Ellmenger-Arheville. (Med. Record, 30. Juli 1910.) Modifikation des Wassermann, die nichts Neues bringt.

W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Syphiloma hypertrophicum diffusum, von Ignaz Bindermann-Wien. (Berl. Klin. Wochenschr., 1911, Nr. 18.) Nach Erörterung der hypertrophischen Syphilisformen überhaupt teilt Verfasser einen interessanten Fall von Syphiloma hypertrophicum diffusum der Nase, Ober- und Unterlippe und Zunge mit. Die Heilung erfolgte auffallend schnell durch intramuskuläre Salvarsaninjektion.

Arthur Schucht-Danzig.

Ein Fall von abdominaler Syphilis, von Godart-Danhieux. (La Policlinique, Brüssel, 1911, Nr. 10.) Ein 34jähriger Mann, dessen Anamnese frei von Syphilis ist, bekommt unter Verdauungsbeschwerden einen schon bei der Untersuchung sichtbaren Tumor im Epigastrium, der anscheinend zwischen Magen und Bauchwand gelegen war. Bei der vorgenommenen Probelaparotomie fand sich ein unabhängig vom Magen im Epigastrium gelegener und an der Leber adhärenter Tumor, dazu in der Leber eine an Syphilom erinnernde Masse. Die Untersuchung eines zur Probe exzidierten Stückchens ergab Verdacht auf Syphilis, welcher durch die jetzt vorgenommene Wassermannsche Reaktion voll bestätigt wurde. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Gumma der Iris, von DUBREUIL. (Lyon méd., Bd. 117, S. 808.) Bei einer 53jährigen Frau trat ein Jahr nach der Infektion mit Syphilis Iritis und anschließend ein Gumma der Iris auf. Trotz spezifischer Behandlung kamen die Erscheinungen von Cyclitis und Glaukom hinzu, so daß die Iridektomie vorgenommen werden mußte.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Augenhintergrundserkrankungen bei erworbener Syphilis, von ADOLF SUTER. (Inaug.-Dissert., Zürich, 1910.) Verfasser liefert einen Beitrag zur Kenntnis dieser folgenschweren Augenerkrankungen auf Grund der Fälle, die er unter den Krankengeschichten der Züricher ophthalmologischen Klinik und Poliklinik gefunden hat. Unter den ca. 90000 Krankengeschichten, 1886—1909, fand er 70 auf erworbener Syphilis beruhende Fälle von Funduserkrankungen. Nach Vergleichungen aus verschiedenen Publikationen wird das Auge in ca. 5% aller Fälle von akquirierter Syphilis mitergriffen. Verf. fand unter den Krankengeschichten von 1900—1909 0,76% Fälle erworbener Lues; der Augenhintergrund war in 28% der Fälle von Syphilis des Auges erkrankt, während erst auf 1200 Augenerkrankungen eine sicher durch Lues bedingte Funduserkrankung vorkam. Die akquirierte Syphilis tritt hauptsächlich in vier verschiedenen Formen am Augenhintergrund auf, nämlich als Neuritis, Retinitis, Chorioiditis und Chorio-Retinitis.

Neuritis. In den meisten Fällen syphilitischer Augenerkrankungen ist der Nervus opticus mitbeteiligt, was sich, besonders bei den im Frühstadium stehenden Personen, durch einfache Hyperämie kundgeben kann und in vielen Fällen als toxische Nervenreizung aufgefaßt werden muß. Von einer eigentlichen Neuritis ist zu sprechen, wenn die Papille deutliche Prominenz und eine Veränderung der Farben zeigt und ihre Grenzen infolge Exsudataustritt in die Umgebung undeutlich geworden sind. Die Arterien sind verengt, die Venen erweitert und im Bereich der Papille hier und da feine, streifige Blutungen zu sehen. Das klinische Bild der Neuritis bleibt aber wohl nur selten längere Zeit für sich bestehen. Es kommt zur Atrophie oder die Neuritis bildet die Vorläuferin einer Neuro-Retinitis, oft greift die Erkrankung auch auf die Chorioidea über. Durch eine im Anfangsstadium einsetzende antiluetische Behandlung kann der Prozeß, ohne weitere Folgen zu hinterlassen, wieder zum Verschwinden gebracht werden. Unter seinen 70 Fällen luetischer Funduserkrankungen fand Verfasser 14mal = in 20% das Bild der Neuritis.

Retinitis. Sie tritt ebenfalls als selbständige Erkrankung in Erscheinung, wie auch histologisch mehrfach festgestellt wurde. Nur die äußeren Schichten der Retina, sind auf die benachbarten Choriokapillaris angewiesen, während die inneren Schichten eine eigene Gefäßversorgung besitzen. Sehr oft hält es schwer, die Retinitis von der Chorio-Retinitis abzugrenzen.

Chorioiditis. Von den drei Membranen des Auges wird die Chorioidea am häufigsten von Syphilis ergriffen. Bei den 70 Fällen des Verfassers war sie 41mal, also in 58,6% der Fälle beteiligt. Allerdings ist die Retina wohl meistens mitaffiziert. In sehr vielen Fällen lassen sich aber keine Veränderungen von seiten der Netzhaut erkennen und dementsprechend fehlen oft auch dann noch lange Zeit subjektive Symptome, wenn bereits ausgedehnte Veränderungen der Chorioidea Platz gegriffen haben. Chorioiditis ohne nachweisbare retinitische Veränderungen fand Verfasser im ganzen 25mal, Kombination mit Retinitis 16mal. In 18 Fällen war die Chorioiditis doppelseitig, häufig wurden dabei nicht beide Augen gleichzeitig ergriffen. Komplikation durch Iritis fand sich in 10 Fällen, also in 40%. Schwerere Formen von Chorioiditis mit zahlreichen Glaskörpertrübungen wurden hauptsächlich bei älteren Individuen beobachtet, in zwei Fällen trat Kataraktbildung, in einem anderen Optikusatrophie hinzu.

Digitized by Google

Chorio-Retinitis. Meist bietet sie bei Syphilis folgendes charakteristisches Bild: Staubförmige Trübungen des Glaskörpers, die hauptsächlich dessen mittlere und hintere Partie einnehmen, verschieden hochgradige Neuritis optica, Trübung der Retina, besonders in der Nähe der Papille. Die Gegend der Makula zeigt häufig gelbrote oder weißliche Sprenkelung, oft auch gruppenweise beisammenstehende Flecken. Auch an der Netzhautperipherie treten oft frühzeitig ähnliche Veränderungen auf. Meist kommt es dabei zu Degeneration des Pigmentepithels und Einwanderung von Pigment in die Retina, an der auch das Stromapigment der Chorioidea beteiligt ist.

Die einzelnen Erkrankungen nehmen prozentual folgenden Anteil: Neuritis 20%, Retinitis 21,4%, Chorioiditis 35,7%, Chorio-Retinitis 23%; am häufigsten erkrankte also die Aderhaut primär, am seltensten kam eine für sich allein bestehende Neuritis vor. Durchschnittlich traten die ersten Krankheitserscheinungen am Fundus acht Monate bis zwei Jahre nach der Infektion auf, doch trat in einem Falle (Chorioiditis) die Erkrankung schon drei Monate nach der syphilitischen Ansteckung zutage, andererseits wurde ihr Auftreten erst nach 15 Jahren zum ersten Male beobachtet. Glaskörpertrübungen traten in 46% der Fälle (32mal) auf, und zwar hauptsächlich bei Retinitis und Chorioretinitis. In ca. 70% hatten die Trübungen staubförmigen Charakter. Diese Glaskörpertrübungen treten bei akquirierter Syphilis in einer Häufigkeit auf, wie sie bei keiner anderen Funduserkrankung zur Beobachtung kommen, und als besonders suspekt gelten bei vielen Verfassern die staubförmigen Trübungen, die auch bei den Fällen des Verfassers dominieren und also jedenfalls als pathognomisches System gelten dürfen. Die Iritis traf Verfasser 27mal an = 38,6%. — Die Therapie hatte im ganzen bei 26 Fällen Erfolg; in einer großen Anzahl von Fällen wurde wenigstens ein weiteres Fortschreiten der Erkrankung verhindert. Fritz Loeb-München.

Über zwei Fälle von Strumitis auf luetischer Basis, von Carl Schuster. (Inaug.-Dissert., München, 1910.) Beide Fälle wurden erst im Verlauf der Beobachtung als auf spezifischer Basis beruhend erkannt. Die beiden Patienten hatten jede Infektion negiert. Eine spezifische Infektion konnte aber nachgewiesen werden.

Fritz Loeb-München.

Über zwei Fälle von Strumitis auf luetischer Basis, von Carl Schuster. (Wien. klin. Rundsch., 1911, Nr. 26—28.) Zwei Patienten, die mit starker Schwellung einer bestehenden Struma und den dadurch bedingten Beschwerden in Behandlung kamen. Es zeigte sich Fluktuation, so daß eine Inzision gemacht wurde. Im ersten Falle leitete die mangelhafte Heilungstendenz und das Auftreten eines Gumma am Unterschenkel, im zweiten das spezifische Aussehen der Operationswunde auf die Diagnose Syphilis. Wassermann beide Male positiv. Jod brachte Heilung bzw. bedeutende Besserung. Die Syphilis spielt in der Ätiologie der Strumitis nur selten eine Rolle. Sie ist die primäre Erkrankung, die Vereiterung der Struma ist eine sekundäre metastatische Infektion. Besprechung der Literatur, Klinik, Diagnose und Differentialdiagnose. Richard Frühwald-Leipzig.

Über uterine Blutungen syphilitischen Ursprungs, von Josef v. Jaworski-Warschau. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 29.) Der Verlust der Elastizität des Uteringewebes, sowie die Verhärtung der Uteringefäße bei tardiver Syphilis des Uterus, sind die Ursache häufiger kopiöser und hartnäckiger Uterusblutungen, namentlich in der menstruellen Epoche und bei der durch irgend eine Ursache hervorgerufenen Hyperämie des Uterus. Verf. hat während der letzten Jahre bei acht Frauen solche sehr hartnäckige, jeder Periodizität entbehrende Blutungen gesehen, welche weder durch innerlich gereichte Hämostyptika zu beherrschen waren, noch durch lokale Applikation von

Digitized by Google

Adstringentien, Causticis auf die Uterusschleimhaut, weder durch Elektrotherapie, noch durch Auskratzung der Uterusschleimhaut. Fünf solcher Fälle werden kurz skizziert.
W. Lehmann-Stettin.

Die Zungensyphilis, von Gaston Seguinot. (Gaz. de hôp., 1911, Nr. 46 u. 49.) Eine Literaturstudie. Gunsett-Straßburg.

Merkurielle Stomatitis mit Salvarsan behandelt, von Le Blaye-Paris. (Le Progrès méd., 1911, Nr. 29.) Da nach neueren Ansichten die Vincentsche Spirille im Verein mit dem Bacillus fusiformis in der Pathogenese der merkuriellen Stomatitis eine große Rolle spielen, versuchte der Verfasser in einem solchen Falle Salvarsan zu verwenden. Es handelte sich um eine Spätstomatitis nach grauem Öl, bei welcher große Nekrosen der Kiefer und des Gaumensegels unvermeidlich schienen. Der Gang der Erkrankung wurde sofort durch eine intravenöse Salvarsaninjektion aufgehalten, die Spirillen verschwanden und die Mundläsionen heilten. Am 7. Tage trat ein Rezidiv auf, das auf eine erneute Salvarsaninjektion definitiv heilte. Gunsett-Straßburg.

Erbsyphilis und blaue Skleren, von Rolleston. (Brit. Journ. of childrens dis., Mai 1911.) Ein fünf Monate alter Knabe, der unverkennbare Zeichen der Erbsyphilis darbot (Parrotsche Lähmung, Spontanfrakturen usw.), hatte blaue Skleren. Seine Mutter, Tante und Urgroßmutter hatten dieselbe Anomalie.
Richard Frühwald-Leipzig.

Zwecklosigkeit der merkuriellen Behandlung der heredoluetischen Keratitis, von Fromaget. (Ann. d'oculist, Oktober 1910.) Der Verf. hat nie einen Erfolg der merkuriellen Behandlung der Keratitis interstitialis gesehen und hat infolgedessen diese Therapie gänzlich verlassen. Er behandelt diese Affektion nur mit Liquor Fowleri, Syrupus jodo-tannicus, Lebertran und hat auf diese Weise viel bessere Resultate. Bei 48 Kindern von weniger als 15 Jahren wurde die Heilung in 2—6 Monaten erreicht, bei 23 Kranken von 16—20 Jahren dauerte die Heilung etwas länger, überschritt aber nie 6 Monate. Bei 16 Kranken von 20—36 Jahren kam die Heilung oft erst nach einem Jahre und nie ohne Spuren von Kornealsklerose zu hinterlassen.
Gunsett-Straßburg.

Erbsyphilis der Zunge, von L. Touret. (Thèse de Paris, 1910, Nr. 308.)
Fritz Loeb-München.

Ein Fall von kongenitaler Stenose des Ileums anscheinend syphilitischen Ursprungs, von Frank van der Bogert-Schenectady. (Archiv of Pediatr., August 1911.) Es handelt sich um ein neugeborenes Kind, das angeblich in den ersten beiden Wochen regelmäßige Darmentleerungen hatte, von der dritten Woche aber an eine Obstipation zeigte, bei der oft Tage zwischen den einzelnen Entleerungen vergingen. Unter allgemeiner Abmagerung und kolossaler Ausdehnung des Abdomens starb das Kind nach sieben Wochen. Bei der Autopsie fand sich im Dünndarm eine außerordentlich verengte Stelle, fast ohne Lumen. W. Lehmann-Stettin.

Ein neuer Fall von heredosyphilitischer Labyrinthitis mit dem Hennebert-schen Symptomenkomplex, von Buys-Brüssel. (Journ. méd. de Bruxelles, 1911, S. 297.) Ein 20jähriges Mädchen mit sicheren Zeichen der Erbsyphilis (Keratitis parenchymatosa, Exostosen usw.) hat Erscheinungen von seiten des Labyrinths, insonderheit z. T. den von Hennebert beschriebenen Symptomenkomplex: Fehlen des Rotationsnystagmus, sowie der thermischen und galvanischen Reaktion. Dieser ist fast nur bei Erbsyphilis beobachtet worden. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Knochenaffektionen bei der tertiären Erbsyphilis, von Gaucher. (Journ. de Pratic., 1911, Nr. 40.) Bei der hereditären Syphilis kann man folgende Formen der Knochenerkrankung unterscheiden: 1. Osteoarthritis hypertrophicans und Hyperostosen.

Digitized by Google

Treten einseitig oder symmetrisch, oft nach vorausgegangenen Schmerzen auf. Die Hyperostosen befallen vor allem die Diaphysen der langen Knochen, besonders der Tibien. Therapie nur im entzündlichen Stadium möglich. 2. Exostosen; treten an der Grenze von Epi- und Diaphyse in größerer Anzahl, als Folge einer Ostitis ossificans auf. 3. Knochen- und Periostgummen. Diese befallen die Tibien, Klavikeln und Schädelknochen; sie sind sehr schmerzhaft, bewirken eine umschriebene Auftreibung des Knochens und ulzerieren. 4. Ostitis suppurativa. Heftige, nachts exazerbierende Schmerzen, Schwellung, Fluktuation, Fistulation und Knochennekrose sind ihre Erscheinungen. Sie wird sehr oft mit Tuberkulose verwechselt. Besonders hervorzuheben sind Spina ventosa syphilitica und Malum Potti syph. 5. Ostitis der Epiphyse. Nach nächtlichen Schmerzen tritt schleichend eine Vergrößerung der Epiphyse (hauptsächlich am Knie) auf, die einem Tumor albus gleicht. Später kommt ein Gelenkerguß hinzu, Verdickung der Kapsel, Muskelatrophie und Ankylose. 6. Arthralgien. Unbestimmte rheumatoide Schmerzen, die auf einer Affektion des Knochens beruhen und auf JK rapid verschwinden. Zum Schlusse weist der Verf. darauf hin, daß bei chronischen Knochen- und Gelenkerkrankungen des Kindes- und Jünglingsalters stets an Erbsyphilis gedacht werden soll. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Röntgendiagnose der kongenitalen Knochensyphilis, von Eugen Fraenkel-Hamburg. (Verhandl. d. deutschen Röntgengesellschaft, Bd. 7.) Demonstrationen anläßlich des Kongresses, die neben der Periostitis ossificans vor allem die Osteochondritis syphilitica zeigen, die ossifizierende Periostitis an den Diaphysen. Diese letztere ist nach den Erfahrungen des Verf. die häufigere der beiden Affektionen. Das Röntgenverfahren erlaubt nicht nur die Diagnose zu stellen, sondern auch das jeweilige Stadium, in dem sich die Erkrankung befindet, zu präzisieren. Verf. unterscheidet mit Wegner ein erstes Stadium, charakterisiert durch das Auftreten einer abnorm breiten, mit dem längeren Bestehen des Leidens an Breite zunehmenden Verkalkungszone, innerhalb deren — als zweites Stadium — ein von den einen als Granulationsmasse, von den anderen als gummöses Material gedeutetes Gewebe entsteht. Im dritten Stadium führt dieses allmählich zu einer vollständigen Substitution des Knochens und zu einer Unterbrechung seiner Kontinuität und damit schließlich zu einem Vorgang, den man als sogenannte Epyphysenlösung bezeichnet.

Nach den Erfahrungen des Verf. werden die unteren Extremitäten öfter erkrankt angetroffen als die oberen, und zwar in erster Linie das distale und proximale Ende des Femur. Diagnostisch wichtig ist, daß die Osteochondritis syphilitica nie einseitig oder gar auf eine ganze oder halbe Extremität beschränkt auftritt.

W. Lehmann-Stettin.

Ostitis und Osteomyelitis luetica des linken horizontalen Unterkieferastes in einem Falle von Lues hereditaria tarda, von Franz Eyles. (Inaug.-Dissertation, München, 1911.) Der Titel sagt, was den Fall an dieser Stelle erwähnenswert macht.

Fritz Loeb-München.

Abnormes Längenwachstum in den langen Röhrenknochen bei hereditärer Lues, von Fritz Blümel. (Inaug.-Dissertation, München, 1911.) Aus den über das Entstehen des abnormen Längenwachstums gepflogenen Erörterungen erhellt, daß diese auf eine starke Reizung im Knochen zurückzuführen ist. Der Sitz der Reizung, der wirkungsvolle Angriffspunkt dieser Reizung liegt im Epiphysenknorpel. Wenn ein solcher nicht mehr vorhanden ist, wird auch eine Vermehrung des Längenwachstums durch eine Reizung wohl nicht mehr zustande kommen können.

Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Ein Fall von Talalgie syphilitischen Ursprungs, von J. S. Covisa. (Rev. clin. de Madrid, 1911, Nr. 9.) Mitteilung eines Falles von Osteophyt am rechten Calcaneus im dritten Jahre der Infektion bei positiver Wassermannscher Reaktion. Der radiographisch nachgewiesene Osteophyt wurde durch eine intensive Jodkur nicht beeinflußt. Es verschwanden aber die damit verbundenen heftigen Schmerzen.

Gunsett-Straßburg.

Über die Schwankungen im Verlaufe der Nervensyphilis, von Benario-Frankfurt a. M. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 26.) Die Arbeit wendet sich gegen die Ausführungen Fingers, welcher dem Salvarsan zweifellos neurotrope Wirkungen zuspricht und führt im ersten Teil unter Bezugnahme auf Fälle bekannter Autoren aus, daß die Häufigkeit zerebraler Erscheinungen auch vor der Salvarsanepoche stets eine bedeutende gewesen ist und daß dieselben in jedem, auch im frühesten Stadium der Syphilis häufig beobachtet sind. Für ebenso hinfällig erklärt Verfasser Fingers Behauptung, daß die wesentlichen Schwankungen im subjektiven Befinden des Patienten bei unverändertem objektiven Befund und spontaner Rückgang von Erscheinungen gegen die luetische Natur der Affektion sprächen und zitiert ausführlich Oppenheims Ausführungen in seinem Lehrbuche, der diese Schwankungen gerade als kennzeichnend für Syphilis hinstellt.

Den Anschauungen Fingers, über Augenschädigungen infolge von Salvarsanwirkung, gegenüber weist Verfasser zunächst einen Irrtum in dessen Krankengeschichte an der Hand der Abbildung des dort angeführten Gesichtsfeldes nach. Es handelt sich dort nicht um ein zentrales, sondern um ein einseitiges, temporales, parazentrales Skotom, welches gerade ein charakteristisches Zeichen für luetische Erkrankungen ist. Gestützt auf die Ansichten bekannter Ophthalmologen betont er seinen Standpunkt, daß es sich in den einschlägigen Fällen Fingers um eine syphilitische Ätiologie handelt.

Die Therapie der Neurorezidive muß eine energische und prompte sein, und ein exspektatives therapeutisches Verhalten gegenüber den Nervenerscheinungen ist sehr bedenklich. Als eine energische Behandlung könne die in den Fällen Fingers angewandte Injektion einer neutralen Emulsion von Salvarsan nicht bezeichnet werden.

Arthur Schucht-Danzig.

Behandlung der Nervensyphilis und Parasyphilis mit Salvarsan, von Sicard und Bloch. (Bull. méd., 1911, S. 6.) Bei rezenter Nervensyphilis und Tabes hat Salvarsan gute Erfolge gezeitigt, bei Paralyse dagegen gar keine. Wassermann wird kaum beeinflußt. Richard Frühwald-Leipzig.

Über einige mit Salvarsan erzielte Resultate in der Behandlung von Nervenleiden, von G. Marinesco. (Presse méd., 1911, Nr. 8.) Es werden folgende Fälle mitgeteilt: 1. Zwei Fälle von Hirngumma mit Beteiligung der Meningen. 2. Fünf Fälle von syphilitischer Hemiplegie (bei ersteren konnte ein brillanter Erfolg des Salvarsans verzeichnet werden, bei letzteren nur teilweise). 3. Acht Fälle von progressiver Paralyse (ganz ohne Erfolg, in einem Fall folgte sogar eine rapide Verschlimmerung). 4. Sieben Fälle von Tabes (sehr oft ist auffallende Besserung zu merken). 5. Zwei Fälle von Ophthalmoplegie (in einem Falle Besserung, im zweiten gar keine Beeinflussung). 6. Ein Fall von bilateraler Ophthalmoplegie mit spastischer und pseudobulbärer Paralyse und 7. zwei Fälle von spastischer Paraplegie (keine Besserung). 8. Eine diffuse Zerebrospinalsyphilis. 9. Eine Facialisparalyse und 10. eine Trigeminusneuralgie. Letztere beiden Fälle wurden mit einer Injektion glatt geheilt. Gunsett-Straßburg.

Beiträge zur Kenntnis des Korsakoffschen Symptomenkomplexes bei Lues cerebri, von Paul Stepanoff. (Inaug.-Dissertation, Berlin, 1911.) Die Arbeit ist zu einem kurzen Referat an dieser Stelle nicht geeignet. Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Die Erfolge der spezifischen Behandlung der metasyphilitischen Krankheiten des Zentralnervensystems, von Sch. M. Fidelholz. (Inaug.-Dissertation, Straßburg, 1911.) In weit vorgeschrittenen Fällen bietet die antisyphilitische Kur keine Erfolge; keine spezifische Kur ist imstande, die normale Funktionsfähigkeit zugrunde gegangener Nervensubstanz wiederherzustellen. Die spezifische Therapie schadet aber auch nichts, wie die Erfahrungen der meisten Autoren zeigen. Die Mißerfolge sind vielfach darauf zurückgeführt worden, daß die Kur zu spät eingeleitet wurde und die Patienten zu sehr heruntergekommen waren. Manche Autoren haben aber auch bei diesen abgeschwächten Kranken deutliche Besserungen erzielt und den Kräftezustand gehoben. In den Frühstadien scheinen die Erfolge viel besser zu sein; die Resultate der spezifischen Behandlung erwiesen sich um so günstiger, je früher man die Therapie einleitete. Alle Bestrebungen müssen dahin gerichtet sein, die Krankheit in einem möglichst frühen Stadium zu erkennen und die nötige Behandlung so früh als möglich einzuleiten. Es stehen auch Mittel zur Verfügung, welche die drohende Gefahr früh erkennen lassen, wenn klinisch noch keine ausgesprochenen Symptome der metasyphilitischen Erkrankungen vorhanden sind. Nach den Untersuchungen von Plaut u. a. dient der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion in der Spinalflüssigkeit als höchstwahrscheinliches Zeichen der metasyphilitischen Erkrankung. Untersucht man einen anscheinend gesunden Menschen im Hinblick auf die früher durchgemachte Lues und findet die Reaktion positiv, so kann dies möglicherweise ein Zeichen sein, daß die ersten Anfänge der Paralyse resp. Tabes vorliegen. Durch diese Untersuchungen ist man imstande, die metasyphilitischen Erkrankungen von anderen Affektionen des Zentralnervensystems zu unterscheiden; somit ist die Möglichkeit gegeben, frühzeitig in richtiger Weise einzugreifen und vielleicht viel günstigere Resultate bei diesen Krankheiten zu erzielen, als dies bisher der Fall gewesen ist. Fritz Loeb-München.

Über knötchenförmige syphilitische Leptomeningitis und über Arteriitis syphilitica, von H. Beitzke-Berlin. (Virchows Arch., Bd. 204, Heft 3.) Drei Fälle knötchenförmiger syphilitischer Leptomeningitis geben dem Verf. Gelegenheit, die Differentialdiagnose zwischen dieser und der tuberkulösen Meningitis zu besprechen und auf die Unterschiede der Arteriitis syphilitica und Arteriitis nodosa einzugehen. Die letztere kommt auch bei sicher Nichtsyphilitischen vor; gummöse Veränderungen sind bei ihr histologisch noch nicht nachgewiesen worden; in den Anfangsstadien finden sich bei ihr zahlreiche, gelappt kernige Leukozyten, die bei syphilitischer Arteriitis fehlen oder doch nur stellenweise etwas reichlicher vorkommen. Schourp-Danzig.

Die akute syphilitische Meningitis, von Marcel Miriel. (Gaz. de hôp., 1911, Nr. 2.) Eine literarische Studie über den Gegenstand ohne Mitteilung neuer Fälle. Gunsett-Straßburg.

Akute und subakute Meningitis syphilitica, von N. Goujat. (Thèse de Lyon, 1910, Nr. 55.) Fritz Loeb-München.

Bulbäre Blutung auf luetischer Basis, von C. Reuter. (Orvosi Hetilap, 1911, Nr. 21.) Vortragender referiert über einen 29jährigen Patienten, der im Jahre 1902/03 Lues akquiriert hat und nicht systematisch behandelt worden ist. 1906 hatte er heftige Kopfschmerzen. Einmal hatte er einen Schwindelanfall und war eine Viertelstunde bewußtlos. Er trank täglich ungefähr $1^1/_2$ l Wein. Am 19. Nov. trank er auf einmal 2—3 Deziliter, worauf er bewußtlos zusammenstürzte. Bis zum nächsten Morgen blieb er bewußtlos. Im Spitale wurde (5. Dez. 1907) okulomotorische Lähmung, Schlingbeschwerden, bulbäres Sprechen, linksseitige faziale Lähmung, lebhafte Knie- und Achillesreflexe und Fußklonus konstatiert. Die Papille war intakt. Babinski war nicht vorhanden und das Gefühl intakt. Große Ataxie. Später Exophthalmus. Eine energische

Digitized by Google

antiluetische Kur führte zu einer langsamen Besserung. Seit längerer Zeit bestehen Rückgrats- und Fußschmerzen. Patient bekam 0,5 g Salvarsan subkutan. Zwei Wochen später WASSERMANN-Reaktion negativ. Am 10. Febr. 1911 wieder 0,6 g Salvarsan intravenös. Okulomotorische Lähmung sowie auch die Ataxie wurden leichter.

Porosz-Budapest.

Die Ätiologie der Tabes, von A. v. STRÜMPELL-Leipzig. (Wien. med. Wochenschrift, 1911, Nr. 19.) S. hat die Überzeugung, daß die Tabes immer und in jedem Falle eine Nachkrankheit der Syphilis ist. Schourp-Danzig.

Ein Fall von Tabes und Muskelatrophie, von E. L. HUNT-New York. (Med. Record, 21. Mai 1910.) In dem immerhin ungewöhnlichen Falle, der eine ausgesprochene Ataxie aller Extremitäten aufwies, begann die Muskelatrophie in den Händen und ging mit ziemlicher Schnelligkeit auf die Nacken- und Schulterblattmuskulatur über; die elektrische Erregbarkeit war vermindert. W. Lehmann-Stettin.

Pathogenese der Tabes. Die Meningitis parasyphilitica, von ALBERT SÉZARY. (Presse méd., 1911, Nr. 66.) Der Verfasser erklärt die Pathogenese der Syphilis auf folgende Art: Als ersten Ursprung der Tabes nimmt er einen meningitischen Prozeß syphilitischer Art an, der in der Sekundärperiode auftritt, einzig durch eine Leukozytose des Liquor cerebrospinalis nachweisbar ist und auf einer richtigen Meningitis im histologischen Sinne beruht. Wenn dieselbe nicht mit Hartnäckigkeit behandelt wird, persistiert sie lange Zeit und ruft ähnlich wie die akute Meningitis Wurzelläsionen hervor. Durch spezifische Behandlung kann sie aber zum Schwinden gebracht werden. Aber auch nicht behandelt, schwindet sie, wie viele Sekundärsymptome, allmählich, auf die Wurzelläsionen folgt aber dann eine Degeneration der Hinterstränge (Tabes). Parallel zu der allmählich verschwindenden sekundären syphilitischen Meningitis stellt sich eine irritative Meningitis ein. Zwischen der degenerierten Nervensubstanz und dem entzündeten Bindegewebe entstehen dann gegenseitig irritative Reaktionen, welche den progressiven Charakter der Tabes erklären würden. Diese latente, chronische, meningeale Reaktion, welche durch gegenseitige Irritation der sich in unmittelbarer Nachbarschaft abspielenden Prozesse bedingt ist, kann durch Quecksilber nicht mehr geheilt werden. An Stelle der ursprünglichen heilbaren syphilitischen Meningitis ist eine unheilbare parasyphilitische getreten, welche neben der Tabes einhergeht. Eine beginnende Tabes soll deshalb immer mit Quecksilber behandelt werden, da man nicht wissen kann, wann die irritative Meningitis an Stelle der syphilitischen tritt. Gunsett-Straßburg.

Verschiedenes.

Dr. WILH. HEUCK, Oberarzt der Klinik für Hautkrankheiten in Bonn, hat sich für Dermatologie und Syphilis habilitiert.

Am 16. Januar 1912 ist in Berlin die **Berliner Urologische Gesellschaft** gegründet worden. Der Vorstand besteht aus Prof. C. POSNER und Prof. L. CASPER als Vorsitzenden und stellvertretendem Vorsitzenden, Prof. KUTNER und RUMPEL als Schriftführer, Dr. MANKIEWICZ als Schatzmeister und Dr. S. JACOBY als Bibliothekar. C. POSNER hielt zur Einführung einen geistvollen Vortrag über die Wege und Ziele der modernen Urologie.

Hofrat Dr. W. F. LÖBISCH, emerit. Prof. der mediz. Chemie in Innsbruck, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

10. Februar 1912 | Nr. 6 | Band 54

Aus der Königl. Univ.-Klinik für Hautkrankheiten zu Kiel.
(Direktor: Prof. Dr. Klingmüller.)

Über Röntgenbehandlung der Darierschen Dermatose.

Von

Dr. Hans Ritter,
Assistent der Klinik.

Die von Darier im Jahre 1899 zum ersten Male als selbständiges Krankheitsbild unter dem Namen „Psorospermose folliculaire végétante" beschriebene Dermatose gilt im allgemeinen als eine unheilbare Hauterkrankung, die Therapie ist so gut wie machtlos, da Rezidive stets die Erfolge der symptomatischen Behandlung illusorisch machen.

So schreibt Lesser (1) in seinem Lehrbuch, daß alle therapeutischen Versuche bisher vergeblich gewesen sind. Im Lehrbuch von Jarisch (2) heißt es: „Die Therapie der Darierschen Krankheit hat sich bisher als wenig wirkungsvoll erwiesen. Eine erhöhte Reizbarkeit beschränkt den Gebrauch der sonst bei Hyperkeratosen üblichen Mittel, wie Salizylsäure, Chrysarobin, Resorzin, Pyrogallol usw., wesentlich. Boeck (3) hat von dem Gebrauch der Lassarschen Paste und des Unnaschen Zinkleims noch die besten (obgleich vorübergehenden) Resultate gesehen. Der Gebrauch von Schwefelsalbe am behaarten Kopf, von Einreibungen von Solutio Vlemingkx auf die erkrankten Stellen, hierauf einstündiges Bad mit nachfolgenden Seifenwaschungen und schließlicher Applikation einer Borvaseline übten in einem Falle eine vortreffliche Wirkung aus, über deren Bestand freilich nichts bekannt ist. Bukovsky (4) sah Besserung nach Arsengebrauch. Im allgemeinen werden die bei Ekzema seborrhoicum gebräuchlichen Mittel zunächst zu versuchen sein. v. Zumbusch (5) schreibt in seiner Therapie der Hautkrankheiten: „Die Therapie ist machtlos gegen diesen Zustand. In Betracht kommen Schälmittel und Mazerationsmittel, welche die Knötchen ablösen. Der Erfolg ist von kurzer Dauer, denn sie bilden sich sehr bald wieder, wenn man sie durch Medikamente entfernt hat oder wenn man sie selbst mit dem scharfen Löffel auskratzt." Neisser und Jadassohn (6) schreiben nur, daß die Behandlung eine rein symptomatische, auf Erweichung störender Horn-

Digitized by Google

massen gerichtete sei. Im Lehrbuch von RIECKE (7) wird über die Therapie der DARIERschen Dermatose gesagt: „Symptomatisch wird durch peinliche Hautpflege (häufige Bäder, Seifungen) für eine Eliminierung der schmerartigen Schuppenkrustenauflagerung zu sorgen und zudem durch Irrigationen oder Umschläge mit desodorierenden Flüssigkeiten (Kal. hyp. u. dgl.) dem Fötor zu steuern sein. Von dem Gebrauch von Schwefel, Salizylsäure, Resorzin, Teer, Pyrogallus oder Chrysarobin wurde in einzelnen Fällen ein Erfolg gesehen. Ein absolut sicheres Mittel ist bislang unbekannt. Röntgenbehandlung wäre wohl zweckmäßigerweise zu versuchen.

HERXHEIMER (8) empfiehlt auf das wärmste die Thermokauterisation. Er hat auf dem Dermatologenkongreß 1908 einen Fall von DARIERscher Krankheit vorgestellt, der, mit Paquelin behandelt, ein Jahr rezidivfrei geblieben ist. Einen zweiten Fall erwähnt er, der auf die gleiche Weise behandelt neun Jahre rezidivfrei geblieben ist. Ein dritter Fall hat sich, nachdem Besserung eingetreten war, seiner Behandlung entzogen. Sein Assistent PÖHLMANN (9) fügt diesen drei Fällen noch einen weiteren durch Paquelin günstig beeinflußten hinzu, die Beobachtungszeit ist aber zu kurz, um Schlüsse auf definitive Heilung gestatten zu können.

Wir haben Gelegenheit gehabt, eine Patientin über Jahre zu beobachten und den Erfolg der verschiedenen vorgeschlagenen Mittel auszuprobieren. Es handelt sich um eine jetzt 35jährige Frau, die an DARIERscher Dermatose seit ihrem dritten Lebensjahr leidet. Die Krankheit begann am äußeren Gehörgang beider Ohren und hat sich im Laufe der Jahre über den ganzen Körper verbreitet. Zum Teil waren die Knötchen zu dicken, übelriechenden Borken konfluiert. Mikroskopisch fand sich das bekannte histologische Bild: Verbreiterung der Epidermis, Lückenbildung im Rete MALPIGHI, „corps ronds und grains" in großer Anzahl. Die Patientin ist seit Kindheit an mit allen Mitteln behandelt worden. Im Jahre 1906, also vor fünf Jahren, kam sie zum ersten Male in unsere Klinik. Sie ist, wie auch schon früher von anderen Ärzten, so auch bei uns erfolglos mit den verschiedenen Salben behandelt worden. Arsen per os und Arseninjektionen hatten ebensowenig Erfolg wie die Bestrahlung mit der Quarzlampe. Dann wurde nach HERXHEIMERS Vorschlag der Thermokauter angewandt. Von vornherein muß gesagt werden, daß bei einer universellen Dermatose wie in unserem Falle eine Paquelinisierung des ganzen Körpers eine Tortur für den Pat. bedeutet, selbst wenn man nur Schritt für Schritt vorgeht, und ich kann es verstehen, daß die Patienten sich gegen diese Behandlungsart sträuben. Bei unserer Pat. wurde am Hals mit der Kauterisation begonnen. Der Erfolg trat auch ein. Das Resultat war eine dunkel pigmentierte, mit kleinen weißen

Digitized by Google

Narben besetzte Haut. Daß dieses Resultat im Gesicht keinen kosmetischen Erfolg darstellt, ist sicher. Wir haben deshalb diese Behandlungsweise eingestellt, besonders da die Kauterisation der Pat. trotz guter Lokalanästhesie sehr unangenehm war, und sind zur Röntgenbehandlung übergegangen.

Wie erwähnt, ist nur in dem Lehrbuch von Riecke ein Versuch mit Röntgenstrahlen empfohlen, die anderen Autoren erwähnen diese Behandlung überhaupt nicht. Herxheimer und seine Schüler schreiben nur, daß in ihren Fällen die Röntgenbehandlung nichts genützt hätte. In der Literatur ist bisher nur ein einziger Fall kurz erwähnt, der auf Röntgenstrahlen gut reagiert hat, über Dauererfolge wird dabei nichts gesagt. Es ist dies ein von Lieberthal-Chikago (10) beschriebener Fall.

Wir haben vor nahezu zwei Jahren die Röntgenbehandlung unseres Falles begonnen und können jetzt über die Dauererfolge dieser Behandlung berichten. Anfänglich sind wir mit kleineren Dosen, 3—5 X, vorgegangen, wobei der Erfolg ausblieb. Dann haben wir 10 X gegeben, und auf diese Dosis reagierten die Effloreszenzen sehr prompt. Nach einer, manchmal nach zwei Bestrahlungen mit Röntgenlicht vom Typus Benoist Walter 5 verschwanden die Hyperkeratosen, ohne irgend welche Narben zu hinterlassen. Wir haben allmählich einen großen Teil des Körpers bestrahlt, und nirgends hat sich die Krankheit den Strahlen gegenüber refraktär erwiesen. Die Haut ist nahezu normal geworden, besonders eklatant ist der Erfolg im Gesicht. Dieses war durch die Hyperkeratosen vollständig entstellt. Stirn, Nase, die Partien um den Mund herum waren mit dicken, durch Konfluieren der einzelnen Knötchen entstandenen Borken bedeckt. Jetzt, anderthalb Jahr nach der Bestrahlung, ist davon nichts mehr zu sehen. Die Haut des Gesichtes ist weich, von normaler Färbung, elastisch und nur auf der Stirn etwas verdünnt und gefältelt, ohne jedoch irgend welche Atrophien und Teleangiektasien zu zeigen. Ich glaube, daß wir in diesem Falle von einem Dauererfolg sprechen können.

Daß mit den Röntgenstrahlen dieser Erfolg zu erreichen ist, bietet eigentlich nichts Überraschendes, wenn wir an die analogen guten Wirkungen der Strahlen bei anderen hyperkeratotischen Prozessen denken. Ich erwähne das chronische tylotische Ekzem, den Lupus verrucosus u. a. Weshalb andere Autoren den Erfolg nicht gehabt haben, ist nur aus der Handhabung der Technik zu erklären. Die Annahme ist jedenfalls nicht von der Hand zu weisen, daß es sich hierbei, wie bei so manchem anderen Mißerfolg der Röntgentherapie, um mangelhafte Methodik gehandelt hat.

Digitized by Google

Literatur.

1. Lesser, Hautkrankheiten.
2. Jarisch, Die Hautkrankheiten.
3. Boeck, Vier Fälle von Darierscher Krankheit. Archiv, 1891.
4. Bukovsky, Psorospermosis follicularis vegetans Darier. Archiv, 1905.
5. v. Zumbusch, Therapie der Hautkrankheiten.
6. Neisser u. Jadassohn, Hautkrankheiten.
7. Riecke, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.
8. Herxheimer, Kongreß der Deutschen Dermatolog. Ges., 1908.
9. Pöhlmann, Dariersche Erkrankung bei drei Generationen. Archiv, Bd. 97.
10. Lieberthal, Journ. of the American Medical Association, 16. Juli bis 5. Aug. 1904.

Über Jodozitin.

Ein neues Jod-Lezithin-Eiweiß-Präparat.

Von

Dr. Chrzelitzer, Posen.

Überblickt man die physiologisch-therapeutische Literatur der letzten 30 Jahre, so fällt es vor allem auf, daß die Arbeiten hervorragendster Forscher sich hauptsächlich mit der Eiweißernährung beschäftigen und hierbei die wichtigste Entdeckung zeitigten, daß im tierischen Körper sowohl, als auch überall im Pflanzenorganismus, wo natürliche Grundlagen zum Wachstum vorhanden sind, sich eine aus Glyzerinphosphorsäure, höheren Fettsäuren und Cholin bestehende Verbindung findet, welche den biologischen und physiologischen Studien entsprechend, zum Zellaufbau und zum Zellstoffwechsel unbedingt nötig ist und durch anorganische Phosphate nicht ersetzt werden kann. Man hat durch Fütterung mit dieser, Lezithin genannten, Verbindung gesehen, welchen großen Einfluß es auf die Blut- und Knochenbildung hat und, daß eine Zugabe von Lezithin zur Nahrung sich besonders bei Erwachsenen in gewissen Zuständen von Unternährung glänzend bewährte.

Von grundlegendem Wert für diese Frage scheinen uns die experimentellen Ergebnisse der Danielewskyschen Forschung zu sein, welcher, durch diese physiologischen Befunde angeregt, das Lezithin besonders bei allgemeinen Ernährungsstörungen anwandte, wie bei Kachexie, Rachitis, Dyspepsie, Neurasthenie, Anämie, Diabetes und in der Rekonvaleszenz, und dabei fand, daß sich bei Darreichung dieses Eiweißstoffes infolge größeren Appetites auch größere Munterkeit und Lebhaftigkeit einstellte und somit die diätetische Küche um ein Ernährungs- und Kräftigungsmittel bereichert wurde.

Digitized by Google

Diese Arbeit hat nun den Grundstock zu einer überaus großen Literatur über Eiweißmast gelegt und interessante und wichtige Beiträge von Eiweißstoffwechsel gezeitigt. Weitere Tierexperimente Danielewskys und anderer Forscher haben ferner festgestellt, daß der Hämoglobingehalt des Blutes und die Zahl der roten Blutkörperchen nach Lezithin-Darreichung beträchtlich zunehmen, so daß es mit Recht den bioplastischen Mitteln angereiht werden konnte. Dasselbe wurde von Serono bestätigt, der bei verschiedenen Formen der Blutkrankheiten durch Injektion von Lezithin auffällige Änderung des Blutbefundes sah durch Vermehrung der roten Blutkörperchen bei gleichbleibender Zahl der weißen Blutkörperchen.

Bergell und Braunstein konstatierten bei Beginn der Behandlung Hämoglobin 65%, rote Blutkörperchen 4260000, nach 14 Tagen 80% Hämoglobin bei 5020000 und am Ende der Behandlung 85% Hämoglobin mit weiterer Vermehrung der roten Blutkörperchen. Bei einem anderen Falle stieg der Hämoglobingehalt von 60% auf 75% und die roten Blutkörperchen von 3 auf 4,1 Millionen.

Diesem Resultat entspricht der Erfolg Shinkishi-Hatai, welcher weißen Mäusen Lezithin per os und subkutan verabreichte, die gegenüber den Kontrolltieren um 60% mehr an Körpergewicht zunahmen. Die experimentellen Arbeiten Burows führten zu dem Ergebnis, daß der Lezithingehalt der Milch mit der Entwicklung und dem Wachstum des Gehirns und der Blutbildung in Verbindung steht, daß dem Lezithin überhaupt eine hervorragende Tätigkeit bei den hämatopoetischen Prozessen in den Organen zukomme. Nach Vacherow ist das Lezithin eine vollkommen assimilierbare, leicht spaltbare Verbindung mit großer Anpassungsfähigkeit gegenüber den verschiedenen Geweben des tierischen Organismus, an die es den erforderlichen Phosphor abgibt und scheinbar auf das Zellprotoplasma durch eine besondere Kontaktwirkung einen stimulierenden Einfluß habe.

Alle diese Ergebnisse experimenteller Forschung führten immermehr zur Einführung des Lezithins bei erschöpfenden Krankheiten, wie bei Phthise, Diabetes, bei Anämie, Rachitis und Skrofulose, bei erschöpften Greisen und bei den durch Exzesse heruntergekommenen Personen. Überall konnte man einen glänzenden Heilerfolg konstatieren, eine bedeutende Gewichtszunahme, gesteigerte Tätigkeit der Verdauungsorgane, beträchtliche Vermehrung des Körpergewichtes und Erhöhung der Erythrozytenzahl. Und wenn Koch (Zur Kenntnis des Lezithins, Zeitschrift f. physiol. Chemie) feststellte, daß sich Kalk dann stets ablagert, wenn dem Blute Lezithin entzogen wird und durch erneute Zufuhr von Lezithin dieser Kalk wieder gelöst wird, so haben wir hierdurch

Digitized by Google

ein glänzendes Heilmittel zur Behandlung der Arteriosklerose gefunden.

Nachdem auch Slowtzoff im Jahre 1906 den Nachweis erbracht hatte, daß per os einverleibtes Lezithin im Magendarmkanal nur in minimaler Menge gespalten und nur in geringen Mengen in den Fäzes wieder erscheint, daß das Lezithin mithin leicht zur Resorption gelangt und Franchini gezeigt hat, daß per os zugeführtes Lezithin resorbiert und vor allem in der Leber, in geringen Mengen auch in den Muskeln deponiert wird, war es nach diesen physiologischen Befunden kein Wunder, wenn die schnell aufblühende chemische Industrie sich bemühte, den Arzneischatz mit wertvollen Mitteln zu bereichern, die in Verbindung mit diesem phosphorsauren Eiweißmittel — dem Lezithin — die bei den verschiedenen Krankheiten einhergehenden Ernährungsstörungen beheben sollten, um dadurch leichter die Grundkrankheiten bekämpfen zu können. Verlangen doch andererseits unsere Nerven- und Körperkräfte in unserem aufreibenden Berufe zur Bewältigung der sich immer steigernden Arbeit Ersatzmittel zur Hebung der Widerstandsfähigkeit und der geistigen Kräfte, zumal nach Gautier das Lezithin zu der Ernährung und Tätigkeit des Gehirnes und Rückenmarkes in engster Beziehung steht und bei der vermehrten Anstrengung unserer Nerventätigkeit der hieraus resultierende Lezithinverlust zur vorübergehenden oder dauernden Schädigung der Nervenzentren führt, welche aber durch Darreichung von Lezithin wieder ausgeglichen wird. So hat sich u. a. Sanatogen ein anorganisches, phosphorreiches Eiweißpräparat (glyzerinphosphorsaures Kaseinnatrium), wobei die Glyzerinphosphorsäure ein Spaltungsprodukt des Lezithins dem Milcheiweiß ausgeliefert wurde, einen bedeutenden Ruf als Nervennährmittel in der Therapie der nervösen Erschöpfungszustände errungen. Riedels Kraftnahrung und Riedels Lezithol, ein chemisch reines Lezithin, haben sich bei Erschöpfungszuständen vorzüglich bewährt und sich in der allgemeinen Therapie einen sicheren Platz erworben. Habermanns Bioziitin, ein Lezithin in physiologisch reiner Form, erwies sich als kräftiges Nervenmittel, das imstande sein soll, unabhängig von der zufälligen Nahrung und Verdauungsfähigkeit, dem Körper Nervensubstanz in genügender Menge zuzuführen; die Merckschen Lezithin-Präparate und Wandlers Ovomaltine haben besonders in der Kinderpraxis wegen ihres Wohlgeschmackes sich als wertvolle Ernährungs- und Nervenpräparate erwiesen.

Es dürfte eine bekannte Tatsache sein, daß in unserem Nervensystem Lezithin von Natur aus enthalten ist, durch die Nervenarbeit fortdauernd verbraucht und immer wieder aus unserer Nahrung ergänzt wird, daß dagegen konstitutionelle Erkrankungen diesen wichtigen Bestandteil des

Digitized by Google

Zentralnervensystems so angreifen, daß ein Ersatz schwerer möglich ist. Die Befunde von Peritz sprechen dafür, daß z. B. bei Paralytikern eine vermehrte Lezithin-Ausscheidung stattfindet. Derselbe Autor will ferner konstatiert haben ein Schwinden der vorher positiven Serumreaktion nach Lezithin-Injektion und einen günstigen therapeutischen Effekt desselben bei Tabes und Paralyse, Befunde, welche von Oppenheim und Quarelli bestätigt wurden. Von zwölf Fällen sekundärer Lues, die mit Lezithin behandelt wurden, wurden acht negativ. Porges und Meier zeigten ebenfalls unter Leitung Wassermanns, daß in der Tat das Lezithin vermischt mit Luetikerserum Komplementbindungsreaktion ergeben kann. Wenn auch durch die Untersuchungen von Sachs, Altmann, Levaditi u. a. m. gezeigt wurde, daß auch andere Lipoide mit Luesserum in derselben Weise reagieren können, wie das Lezithin, so müssen wir jedenfalls in Betracht ziehen, daß das Lezithin zu den wichtigsten Bestandteilen des Zentralnervensystemes gehört und durch das Schwinden desselben das Krankheitsbild der Tabes und Paralyse verschlimmert wird. Während wir bisher diesen Krankheiten hilflos gegenüberstanden, scheint eine neue chemische Verbindung von Jod, Lezithin und Eiweiß, ein unter dem Namen Jodozitin[1]) in den Handel gebrachtes Präparat, diesen Kranken zu Hilfe zu kommen und ihnen ihr nicht mehr heilungsfähiges Leiden wenigstens erträglicher zu gestalten. Gerade die Befunde von Peritz veranlaßten mich, dieses Mittel bei einem Tabiker anzuwenden, der mir nach Verbrauch von zehn Röhren erklärte, sich kräftiger zu fühlen, daß sein Appetit zugenommen und daß er leichter gehen könne. Sein in der Tat besseres Aussehen, seine erhöhte Energie und größerer Mut, die unterbrochenen orthopädischen Versuche fortzusetzen, ließen eine augenfällige Besserung erkennen. Der Patient hatte vorher Hg-Kur und Jod in genügender Menge genommen und infolge der erzielten Mißerfolge des öfteren seinen Arzt gewechselt, bis ich nun durch das mir übersandte Präparat in der Lage war, ihm etwas neues zu bieten. Er erhält heute noch sein Jodozitin, das er nun seit $^3/_4$ Jahren nimmt und das ihm in der Tat ausgezeichnet bekommt.

Einen ebenso glänzenden Erfolg sah ich bei einem sehr heruntergekommenen, kleinen skrofulösen Patienten von drei Jahren. Hier wurde nun nach Angabe der Mutter alles für dieses Krankheitsbild Indizierte getan. Es handelt sich um ein auffallend blasses Kind, mit ganz weißen Schleimhäuten und aufgedunsenem Gesicht. Die Haut und Muskulatur welk, das Knochengerüst stark hervortretend, alle fühlbaren Drüsen sehr vergrößert. Die Nahrungsaufnahme sehr gering, zumal das elende Kind viel erbricht. Auf der Haut urtikarieller und skrofulöser Ausschlag, am

[1]) Von der Firma Dr. Max Haase & Co. Berlin.

Digitized by Google

Hals ein typisches Skrophuloderma, zu dessen Behandlung mir dieses arme Geschöpf überwiesen wurde. Neben allgemein therapeutischen und diätetischen Maßnahmen — Bäder, Regulierung des Stuhlganges, bestimmte Ernährung, gab ich dem Kinde statt des bisher verordneten Jodsyrups dreimal täglich eine halbe Tablette Jodozitin, gestoßen in Suppen und Milch. Nach 14 Tagen statt 3 halben Tabletten 5—6 halbe und nach weiteren 3 Wochen 9—10 halbe Tabletten. Das Befinden besserte sich rasch, mit der auffallenden Steigerung des Appetites ging die Zunahme des Körpergewichtes Hand in Hand. Der ganze Körper nimmt normalere Formen an, die Dermatitis verschwand und das vorher so blasse, elende und teilnahmslose Kind machte nach sechswöchentlicher Behandlung mit Jodozitin einen frischen, lebendigen Eindruck. Die Drüsen gingen zurück, das Skrophuloderma war geheilt, so daß das Kind nach fortgesetzter Behandlung nicht wiederzuerkennen war.

An und für sich ist die Kombination von Jod und Lezithin ein überaus glücklicher Gedanke. Hier ein Ernährungs- und Kräftigungsmittel par excellence — dort ein altes, erprobtes Heilmittel, das schon im Altertum bei Behandlung der Krankheiten des lymphoiden Gewebes seine Anwendung fand und dessen Indikationsgebiet erfahrungsgemäß immer größer wurde, wo es als ableitendes und die Resorption von Exsudaten beförderndes Medikament in Betracht kam, dessen Heilkraft sich bei chronischen Entzündungsprozessen der Gelenke, der Lymphdrüsen und Lymphgefäße, bei periostitischen Prozessen, hypertrophischen Drüsen, Struma und Geschwülsten usw. glänzend bewährte und schließlich besonders bei Syphilis sich einen sicheren und unersetzlichen Platz geschaffen hat.

Während wir aber bei den bisher erschienenen Jodkombinationen — sei es als Jodkalium oder Jodnatrium — häufig durch die fast immer auftretenden Intoxikationserscheinungen von einer längeren Verabreichung absehen mußten, weil metallischer Beigeschmack, Tränenfluß, Koryza, Heiserkeit, Glottisödem, Erbrechen, Diarrhöe, Hautausschläge, Herzneurosen usw. ein weiteres Einnehmen von selbst verboten — war ich überrascht, bei meiner über ein Jahr dauernden Beobachtung nie derartige Erscheinungen gesehen zu haben. Warum hier bei diesem Präparat alle diese unangenehmen Nebenerscheinungen nicht auftreten, scheint nach den Versuchen von Müller und Neuberg ganz besonders in dieser Kombination zu liegen. Die Ausscheidung des Jods erfolgt mit mittlerer Geschwindigkeit, so daß nach 48 Stunden im Harn Jod nicht mehr nachweisbar ist, ein Beweis, daß eine zu große und frei im Organismus zirkulierende Jodmenge vermieden wird, weil das Jod durch die Sekretions- und Exkretionsorgane genügend ausgeschieden wird.

Digitized by Google

Es ist nicht uninteressant zu hören, daß schon 1854 Duroy den Versuch gemacht hat, durch Jodverbindungen mit albumonoiden Körpern dem Jodismus zu begegnen und derartige Versuche fortgesetzt wurden, die aber dadurch scheitern mußten, weil alle diese Verbindungen schon im Magen gespalten wurden und infolgedessen die Magenschleimhaut vor dem direkten Angriff des Jodmoleküls nicht geschützt wurde. Dagegen haben die Untersuchungen von Bickel und Metzger aus der experimentell-biologischen Abteilung des Königl. pathologischen Institutes an der Universität Berlin bewiesen, daß eine Spaltung des Jodozitins im Magen nicht stattfindet, daß eine unerwünschte Reizwirkung auf die Magendrüsen nicht vorhanden ist und, wie bei einem Versuche bei einem Hunde mit seitlicher Duodenalfistel festgestellt worden ist, das Jod erst im Darm resorbiert wird. Prof. Dr. Neuberg resümiert seine Versuche dahin, daß ein Teil des Jods im Jodozitin am Lezithin haftet und der an Eiweiß gebundene Anteil hauptsächlich in Form von jodwasserstoffsaurem Salz vorliegt. Das Präparat kann Hunden lange Zeit verabfolgt werden, ohne daß sich Störungen des Wohlbefindens einstellen. Das Gewicht der Tiere nimmt in der Fütterungsperiode nicht ab. Die Resorption ist eine befriedigende und die Ausscheidung des Jods von mittlerer Geschwindigkeit, so daß Gefahren des Jodismus nicht zu befürchten sein dürften. Ein Teil der Verbindung gelangt in ätherlöslicher Form ins Blut, so daß man auf lipotrope Wirkungen rechnen darf. Der Ausfall der Tierexperimente und die Prüfung am gesunden Menschen rechtfertigen wohl eine therapeutische Verwendung.

Es lag daher nahe, das Präparat nicht nur bei Lues zu verwenden, wo ja Jod als ein Spezifikum gilt und wo es voraussichtlich als solches die erwarteten Erfolge zeitigte, sondern vor allem bei Skrofulose und Arteriosklerose, wo es nach den Angaben von Koch schon seiner Verbindung mit Lezithin wegen seine Heilwirkung nicht verfehlen dürfte.

Ich habe bereits oben über einen Fall von Skrofulose berichtet, wo Jodozitin einn glänzenden Erfolg zeitigte, wo Gewichtszunahme, beträchtliche Vermehrung des Appetites, Schwinden der mächtigen Drüsenpackete und der sonstigen skrofulösen Erscheinungen zu konstatieren war. Auch hier waren trotz der großen und leichten Reaktionsfähigkeit des kindlichen Organismus Zeichen von Jodismus nicht zu beobachten und trotz der dauernden Jodzuführung. Ebensogut wurde es von Arteriosklerotikern vertragen, während Jod bekanntlich in wirksamen Dosen bei langer Anwendung nicht gerade zur Kräftigung des Herzens beiträgt und besonders bei Herzschwäche und Herzleiden kontraindiziert ist. Ich habe es bei Arteriosklerose, die nicht nur auf luetischer Basis bestand, sondern wo auch andere Ursachen wie Alkoholismus und Tabes

Digitized by Google

usw. dem Krankheitsbild zugrunde lagen, wo Herzbeschwerden in nicht unbedeutender Weise den Patienten belästigten, angewandt und weder Magenbeschwerden, noch sonstige Intoxikationserscheinungen gesehen. Die subjektiven Beschwerden nahmen ab, ebenso konnte man aus dem Befunde des Herzens, der Herztätigkeit und dem Blutdruck, wie von dem mitbehandelnden Kollegen festgestellt wurde, die glänzende Wirkung des Präparates ersehen.

Daß das Jodozitin besonders bei Lues indiziert und sich da als ein Idealmittel erweisen wird, ist schon durch seine Verbindung gegeben, deren jede einzeln seine Heilwirkung auszuüben berufen ist. Jod als das bekannte Spezifikum und Lezithin, als Ersatz seines Verlustes durch Luestoxine, wie ich bereits nach den Untersuchungen von Pfeiffer angegeben habe. Auch hier ist zunächst seine appetitanregende Wirkung festzustellen und das Fehlen jeglicher Jodismuserscheinungen. Ich habe von jeher das Prinzip gehabt, die Zwischenzeiten während der einzelnen Hg-Kuren mit Jod auszufüllen und es nicht nur für das tertiäre Stadium aufzubewahren. Statt der üblichen Jodkaliumdosen habe ich jetzt Jodozitin gegeben und zwar eine Woche lang dreimal täglich 1 Tablette, in der zweiten Woche dreimal täglich 2 Tabletten und in der dritten Woche dreimal täglich 3 Tabletten, immer ohne jegliche Nachteile. Besonders wertvoll schien es mir nach einer Salvarsaninjektion zu sein, wo das Allgemeinbefinden doch häufig beeinträchtigt wurde und durch Jodozitin schneller als sonst gehoben wurde. Im allgemeinen konnte ich doch ein schnelleres Abheilen der luetischen Symptome, besonders aber ein Kleinerwerden der Drüsen beobachten, als es sonst nach Salvarsan geschieht. Außerdem aber — was ich für sehr wichtig halte — habe ich — wahrscheinlich infolge der Jodozitinzufuhr — die in letzter Zeit so häufig nach Salvarsan beobachteten Neurorezidive niemals gesehen, zumal ja der durch die Luestoxine verursachten Verarmung der Nervensubstanz an Lezithin vorgebeugt wurde.

Einen besonders eklatanten Fall, wo vor allem Jodozitin glänzend wirkte, sah ich bei einem Patienten, der infolge seiner heftigen neuralgischen Schmerzen im Gesicht und in der linken Schulterregion arbeitsunfähig wurde und natürlicherweise von Arzt zu Arzt wanderte. Als er mich konsultierte, gab ich ihm — ohne eine spezifische Diagnose gestellt zu haben — Jodozitin. Er nahm dreimal täglich 2 Tabletten und später dreimal täglich 3 Tabletten mit dem Erfolge, daß die Schmerzen auffallend schnell nachließen und dann durch einige Kalomelspritzen vollständig verschwunden waren.

Wie bereits oben angegeben habe ich das Medikament reichlich bei Tabes und Paralyse gegeben, ohne irgend welche nachteilige Folgen zu

Digitized by Google

sehen, das im Gegenteil aber von allen Patienten sehr gut vertragen wurde, zumal in diesen Stadien Jod als das einzige heilbare Mittel in Betracht kommt. Auf Grund der Peritzschen Beobachtungen habe ich versucht festzustellen, welchen Einfluß Jodozitin auf die positive Serumreaktion habe, besonders bei Patienten, die lange Hg und schließlich Salvarsan bekommen haben, ohne ein negatives Endresultat zu erhalten. Hier gelang es mir in einem Falle, der Schmierkuren, Spritzkuren mit Hg salicyl., Kalomel und schließlich Salvarsaninjektion durchgemacht, der innerlich mit Hg-Pillen gefüttert wurde, endlich nach längerer Verabreichung von Jodozitin das gewünschte negative Resultat zu erzielen. Der Patient war infolge der vielen Kuren und der wiederholten Enttäuschung durch Ausfall des positiven Wassermann sehr heruntergekommen und verweigerte fortan jede weitere Behandlung, bis er durch das Jodozitin, das er glänzend vertrug, das gewünschte Endresultat erreichte und sich dann sehr schnell erholen konnte. Ob in der Tat eine Beeinflussung durch das Lezithin vorlag, läßt sich natürlich mit Sicherheit nicht entscheiden, weil wir andererseits die Schwankungen des Antikörpergehaltes schon wiederholt bei Nichtbehandelten erfahren haben, andererseits aber die Zahl der Beobachtungen noch zu gering ist. Und doch scheint mir folgender Fall für den Einfluß des Jods mit dem Lezithin auf den Wassermann beweisend zu sein.

Ein Beamter, 32 Jahre alt, vor 4 Jahren infiziert — sehr blasses Aussehen, merkliche Abmagerung, fühlt sich seit einigen Wochen sehr schwach — klagt sonst außer einer nervösen Gereiztheit über keinerlei Beschwerden. Drüsen in Axilla, in Inguina und submaxillar deutlich fühlbar, Tonsillen zerklüftet, Haut frei von Erscheinungen. Im Urin Spuren von Albumen, kein Zucker, Lungen normal, Herztöne leicht ziehend und schwach, Leber etwas vergrößert ohne sonstige luetische Kennzeichen, Kniereflexe vorhanden, Pupillenreaktion links kaum merkbar, Wassermann ++++. Die Infektion bestand z. Zt. in einer Erosion, die aber bald verheilte, so daß er einen Arzt nicht befragte. Hg und Salversan werden abgelehnt, aus Furcht vor der angeblichen Schädlichkeit dieser Medikamente, dagegen ist er bereit, sich einer Jodozitinkur zu unterwerfen. Er nahm zunächst ca. 200 Tabletten a 0,06 g Jod mit dem Erfolge, daß er eine Steigerung seines Appetits und Besserung seines Allgemeinbefindens beobachtete und infolgedessen auch seine Nervosität bedeutend nachließ. Die vorher fühlbaren Drüsen gingen langsam zurück, Wassermann positiv, um nach weiteren 100 Tabletten negativ zu werden. Nach einer sechswöchentlichen Unterbrechung der Jodozitinkur Wassermann positiv. Wiedereinsetzen der Jodozitinkur, baldiges Negativwerden des Wassermanns, der Patient ist lebhaft und bei bestem

Digitized by Google

Aussehen. Die Seroreaktion nach weiteren 5 Wochen negativ. Die Pupillenreaktion wieder vorhanden. Der Patient bleibt in fernerer Beobachtung bei bestem Allgemeinbefinden.

Ich glaube aus diesem Falle denn doch daraus schließen zu können, daß Jodozitin mit dem Negativwerden der Seroreaktion im Zusammenhang steht, einmal durch die Einwirkung des Jods als antiluetisches Spezifikum, andererseits aber, weil durch die Zufuhr des Lezithins ein Ausgleich stattfindet, dessen Verlust bei Lues erwiesen und dadurch eine Schädigung des Zentralnervensystems herbeigeführt wird.

Daß das Jodozitin auch sonst das Jodkalium zu ersetzen vermag, habe ich wiederholt in den verschiedenen Luesstadien und Lueserscheinungen gesehen, nicht nur, daß manifeste Hautsyphilide auf die Darreichung dieses Präparates zurückgingen, sondern auch, daß es häufig genug zur Stellung der Diagnose verwandt wurde, wo die Luesreaktion verweigert wurde. Nachdem ich ferner in einem Falle von Asthma bronchiale das Jodozitin anwandte, wo Jodkalium vorher gegeben, aber infolge der Intoleranzerscheinungen ausgesetzt werden mußte, und glänzend vertragen wurde und in vielen anderen Krankheiten, wo sonst Jod zu den therapeutischen Maßnahmen gehörte, mit gutem Erfolge verordnet habe, kann ich das Jodozitin infolge seiner Zusammensetzung als ein wertvolles Präparat zur Nachprüfung empfehlen, weil es vor allem bei gleicher Wirkung wie die anderen Jodkombinationen keine Jodismuserscheinungen im Gefolge hat und, weil es durch den Lezithingehalt ein glänzendes Tonikum darstellt, bei Arteriosklerose als kalklösendes Präparat vor allen anderen Medikamenten indiziert ist und besonders bei Lues und ihren Nervenerkrankungen durch die infolge des Luestoxins hervorgerufene Nervenschädigung sich als wertvolles, Lezithin ersetzendes Kräftigungsmittel erwiesen hat.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

(Bd. 110, 1., 2. u. 3. Heft, Okt., Nov., Dez. 1911.)

Der Band ist Caesar Boeck zu seinem 66. Geburtstag gewidmet und wird eingeleitet durch einen Artikel von Kr. Groen, der eine kurze Würdigung von Boecks Persönlichkeit und Tätigkeit enthält. Daran schließt sich ein Verzeichnis sämtlicher von B. sowohl im „Archiv für Dermatologie und Syphilis“ wie an anderer Stelle veröffentlichten Arbeiten. Der starke Band enthält folgende Arbeiten:

1. **Noduli cutanei, eine bisher wenig beachtete Hautaffektion,** von Ed. Arning und F. Lewandowsky-Hamburg. Die nur von Unna in seiner Histopathologie der Haut unter dem Namen Fibroma simplex beschriebenen Gebilde, von denen sonst

Digitized by Google

in Lehr- und Handbüchern nirgends die Rede ist, werden wohl häufig übersehen, da sie keinerlei Beschwerden machen und oft von den Patienten ganz unbemerkt verlaufen. A. hat in einem Krankenmaterial von über 5000 Fällen bei 20 Fällen die Exzision eines Knötchens vornehmen können und gibt eine charakteristische Schilderung des klinischen Bildes. Lewandowsky hat die histologischen Untersuchungen der Arningschen Fälle gemacht und findet eine so weitgehende Übereinstimmung mit dem einfachen harten Fibrom Unnas, daß er glaubt, beide identifizieren zu können.

2. Beitrag zur Lehre von den kongenitalen Dyskeratosen, von Bettmann-Heidelberg. B., der in Band 55 des Archivs über drei Brüder mit der dystrophischen Form der Epidermolysis bullosa berichtet hat, konnte vor kurzem einen Patienten nach nunmehr zehn Jahren nachuntersuchen. Die Blasenbildung hat erheblich nachgelassen und zeigt sich an manchen früher befallenen Stellen überhaupt nicht mehr. Die Haut ist im großen und ganzen sehr trocken und zeigt am Handrücken, Ellenbogen und Knie in symmetrischer Anordnung das charakteristische Aussehen der Hautatrophie. An den Handtellern findet sich eine früher nicht konstatierte Hyperkeratosenbildung mit Rhagaden; die „Verhärtung" der Haut soll sich im Laufe mehrerer Jahre langsam entwickelt haben und nach Meinung des Patienten noch zunehmen. Ebenso ist neu aufgetreten eine Leukokeratose an der Zunge. Zwar hat der Patient im Jahre 1900 eine Arsenikbehandlung durchgemacht, doch glaubt B. nicht, daß ein Zusammenhang besteht, da die Arsenbehandlung schon mehrere Jahre sistiert worden war, als die ersten Anfänge der Hyperkeratose auftraten. Weit eher ist an eine Beziehung zu der vorher bestehenden und jetzt noch an und zwischen den Fingern nachweisbaren Hyperhidrosis zu denken. Doch glaubt B., daß die Hyperkeratosis zum Krankheitsbild der dystrophischen Epidermolysis gehört und trotz des späten Auftretens zu den angeborenen Veränderungen zu rechnen ist.

3. Augenblicklicher Stand der Sporotrichosisfrage, von de Beurmann und Gougerot-Paris (französisch). Die eingehende Monographie beschäftigt sich mit den verschiedenen Sporotrichosisformen (Schenck, de Beurmann, Dor usw.) und gibt eine Übersicht über die Entwicklungsgeschichte des Krankheitsbildes. Dabei werden die früheren Arbeiten beider Verfasser ziemlich eingehend referiert. Die Verf. versuchen ferner auf Grund der botanischen und kulturellen Unterschiede eine Klassifikation der einzelnen Sporotrichumpilze.

4. Zur Kenntnis der atypischen bullösen Hautaffektionen, von Sergius Bogrow-Moskau. Enthält die Krankheitsgeschichte eines 19jähr. Bauernmädchens, das seit etwa einem Jahr hauptsächlich an den oberen Extremitäten Blaseneruptionen zeigt, deren Elemente verschiedenen Umfangs sind und mit serösem oder hämorrhagischem Exsudat auf nicht entzündlich gerötetem Boden stehen. Nur nach sekundären Infektionen entsteht ein deutlicher erythematöser Hof. Als Folge dauernder Blasenbildung kam es zu diffuser Hautatrophie, zu milienartigen Hornzysten und Atrophie einiger Nägel. Heredität war nicht nachweisbar. Dazu kam aber noch ein Hautsymptom, welches in das Bild der dystrophischen Epidermolysis bullosa hineinzustellen unmöglich erscheint, das ist die Anwesenheit zahlreicher erythematös-urtikarieller Bogen und Ringe. Alle therapeutischen Eingriffe blieben erfolglos.

5. Bericht über menschliche Botryomykose, von P. L. Bosellini-Bologna. Die italienisch geschriebene Arbeit berichtet über vier Fälle von Botryomykosis nebst kulturellen Untersuchungen sowie Tierexperimenten.

6. Elefantiasis und Paratuberkulose, von J. Brault-Algier. Bericht über einen Fall, einen jungen Spanier von 15 Jahren, bei dem sich seit mehreren Jahren eine hyper-

Digitized by Google

trophische Elefantiasis der oberen Extremitäten im Anschluß an papulo-nekrotische Tuberkulide gebildet hat. (Französisch.)

7. Über Lupus follicularis disseminatus, von Bruusgaard-Christiania. Zwischen den typischen Lupusknötchen oder -flecken kann man auch andere, von diesen abweichende, oft aber durch Übergänge mit ihnen verbundene Effloreszenzen sehen, die verschiedene Entwicklungsstadien zeigen können, aber darin übereinstimmen, daß sie in der Subkutis anfangen, gegen die Oberfläche emporsteigen und, voll entwickelt, durch eine mehr oder weniger ausgesprochene Nekrose oder Pustulation charakterisiert sind. Wenn die Übergangsformen fehlen, kann die Diagnose der eigenartigen Krankheitsbilder schwierig werden. Verf. beschreibt einen einschlägigen Fall, bei dem die histologische Untersuchung miliare Tuberkel mit Endothelialzellen und zahlreichen Riesenzellen ergab. Die Effloreszenzen fanden sich bei einem an Lungentuberkulose erkrankten Tischler im Gesicht lokalisiert und waren einem Lup. foll. diss. sehr ähnlich, doch war ein Nachweis von Tuberkelbazillen nicht gelungen.

8. Zur Kenntnis der strichförmigen Hautkrankheiten, von Carl Cronquist-Malmö. Ein Lichen ruber an der Innenfläche des Armes bei einem 37jährigen Fräulein, der unter Arsen glatt zur Heilung gelangte. Die Affektion entsprach in ihrem Verlauf der inneren Grenzlinie Voigts. (Abbildung.)

9. Lupus miliaris, geheilt durch Neutuberkulin, von Ernst Delbanco-Hamburg. Eine exakte und regelmäßig durchgeführte Neutuberkulinkur führte bei einem 35jährigen Manne zur prompten und rezidivfreien Heilung eines im Gesicht lokalisierten Lupus miliaris. Die Affektion machte zunächst ganz den Eindruck einer ausgebreiteten pustulösen Akne mit Folgezuständen, doch zeigte die genaue Untersuchung deutlich die an die Follikel gebundenen, auf Glasdruck gelbbraun durchscheinenden Infiltrate. Auch war die Gesichts- und Kopfhaut einschließlich der Ohren ganz gleichmäßig befallen; Schälkuren führten keinerlei dauernde Besserung des Zustandes herbei. Von dem Neutuberkulin wurden insgesamt 25 Injektionen gegeben, angefangen mit $^1/_{500}$ mg, aufgehört mit $^{15}/_{50}$ mg. Die jetzt geheilte Affektion hat stippchenartige Narben hinterlassen. (Abbildung.)

10. Über kontinuierliche Harnröhrenspülung und lokalisierte Harnröhrenmassage, von Dreuw-Berlin. D. macht die Janetschen Spülungen mit einem Katheter, der zahlreiche seitliche Öffnungen hat. Dieser Katheter hat ihn zur Konstruktion von Instrumenten geführt, mit denen er imstande ist, durch den Druck der Wassersäule eine direkte wie indirekte (Gummiüberzug über den Katheder) Massage auf die Schleimhaut auszuüben. Das Verfahren und die Instrumente sind von D. schon früher publiziert worden.

11. Kann man dem Antileprol eine spezifische Wirkung auf die Lepra zuerkennen? von Fr. Engel Bey-Kairo. Verf. ist davon überzeugt, daß das gereinigte Chaulmoograöl eine spezifische Wirkung auf die Lepra hat. Wenn es auch keine Panazee gegen alle leprösen Erkrankungen ist und es sicher Fälle gibt, die gegen dasselbe refraktär sind, so ist es doch in vielen Fällen allein ohne die Unterstützung anderweitiger Behandlung imstande, dauernde Besserung, d. h. Rückkehr der Sensibilität, Rückbildung zur Funktion stark paretischer und atropischer Nerven- und Muskelbahnen, ja sogar Wiederauftreten der Funktion in solchen Bahnen, in denen die Beweglichkeit und das Leben völlig erloschen schien, herbeizuführen. Verf. gibt 3—9 g pro die.

12. Über eine dem Lichen sclerosus (Hallopeau) angenäherte Form der zirkumskripten Sklerodermie, von W. Fischer-Berlin. Bei einem 12jähr. Mädchen mit tuberkulöser Belastung bestand seit länger als einem Jahr eine exquisit chronische

Digitized by Google

Dermatose, die sich zusammensetzt aus diffus, fast nur am Stamm auftretenden, z. T. gruppierten, flachpapulösen, milchglasfarbenen, bis etwas über erbsgroßen Effloreszenzen, die von einem ganz feinen, rötlichen, später bräunlichen Saum umgeben sind. Ihrer Form nach ähneln sie anfänglich sehr Lichen ruber-Knötchen. Auch tragen sie kleine festhaftende Schüppchen, die den verhornten Follikelöffnungen entsprechen und bei alten Effloreszenzen zahlreicher sind. Nach zeitweiser Bildung serösen Exsudats entstehen atropische Prozesse mit flachen eingesunkenen Narben, die anscheinend auch allmählich verschwinden können. Histologisch liegt ein primär, in den subpapillären Kutisschichten sich abspielender entzündlicher Prozeß vor, er ist perivaskulär und interstitiell; die epithelialen Hautanhänge sind nur sekundär betroffen. Das Eigentümliche der Affektion ist die Fibroblastenproliferation und die seröse Durchtränkung des Bindegewebes, die unter Zerstörung des elastischen Gewebes und frühzeitigem Schwinden des epithelialen sowie kutanen Pigmentes zu einer Degeneration des Bindegewebes und zu subepithelialer Blasenbildung führt. Ursprünglich wurde an Lichen albus gedacht; der Fall scheint eine Brücke zwischen den lichenoiden und den reinen Formen der oberflächlichen zirkumskripten Sklerodermie zu bilden.

13. Beitrag zur Kenntnis des Boecxschen benignen Sarkoids, von E. Galewsky-Dresden. Bericht über eine eigenartige Erkrankung bei einer 53jähr. Frau, bei der per exclusionem die Diagnose auf Boecks Sarkoid gestellt wurde; doch konnte keine Exzision zur Sicherung der Diagnose vorgenommen werden. G. glaubt, daß die Chronizität des Falles, die Multiplizität der Form, der gutartige Verlauf, das Abheilen unter Arsen völlige Beweise für die Richtigkeit der Diagnose sind. Zu erwähnen ist, daß zwei Tuberkulinproben negativ ausfielen.

14. Beiträge zur frühesten Geschichte der Syphilis im Norden, von Frederik Groen-Christiania. Verf. hat die nordische Literatur auf einschlägige Angaben durchgesehen und keine positiven archäologisch-anthropologischen Zeugnisse von einem Auftreten der Krankheit vor 1502 finden können. Er hat auch Untersuchungen an drei Schädeln vorgenommen und kommt zu dem Schluß, daß es bisher, was die drei nordischen Länder anbetrifft, an jeglichem Beweis fehlt, daß die Syphilis im Norden vor dem Jahre 1495 aufgetreten ist. Umgekehrt sprechen zahlreiche Umstände dafür, daß die Krankheit erst im Jahre 1502 epidemisch geworden ist und zwar dann zuerst in Dänemark und den angrenzenden Teilen Südschwedens, während Norwegen erst später befallen zu sein scheint.

15. Hat die Untersuchung auf Spirochäte im Nasensekret hereditär-syphilitischer Kinder in diagnostischer Hinsicht eine praktische Bedeutung? von Johann Haavaldsen-Christiania. Verf. hat bei 30 Kindern das Nasensekret untersucht und von jedem Kind fünf Präparate genommen. Er hat allerdings die Oberfläche des Sekrets stets weggewischt und dann die Seitengänge der Nase mit einem Wattepinsel massiert, bis die Schleimhaut schließlich eine blutig-seröse Flüssigkeit absonderte, die mit Giemsafärbung und im Dunkelfeld untersucht wurde. Die Spirochäten fanden sich leicht, wo die Koryza mit reichlichem Ausfluß stark ausgesprochen war. Doch wurden auch in einer Reihe anderer Fälle die Spirochäten, wenn auch in geringerer Menge, nachgewiesen, jedenfalls in um so größerer Anzahl, je florider die Erkrankung überhaupt war. Der Nachweis gelang in Fällen ohne Symptome so selten, daß eine Untersuchung daraufhin nicht lohnend erscheint und keine größere diagnostische Bedeutung haben kann.

16. Über die lokale Behandlung syphilitischer Manifestationen, besonders mittels Hektin, von H. Hallopeau-Paris. Der kurze, französisch geschriebene Artikel betont, wie schon zahlreiche frühere Veröffentlichungen von H., daß die lokale Behandlung

Digitized by Google

neben der allgemeinen Behandlung nicht vernachlässigt werden darf und besonders im ersten Stadium der Erkrankung unerläßlich ist, wenn eine Abortivkur erreicht werden soll.

17. Heredität der Lepra, von G. Armauer Hansen. H. ist fest davon überzeugt, daß die leprösen Kinder von den Eltern infiziert werden, daß Kinder von Leprakranken, gesund geboren und in gesunden Verhältnissen aufgewachsen, auch gesund bleiben. Im besonderen glaubt er nicht an Glücks Paraleprose, ebensowenig wie er mit Zambaco übereinstimmt, daß Syringomyelie und Morvansche Krankheit degenerierte Lepra seien. Er hat bei 250 Nachkommen Lepröser nie irgend welche Zeichen einer Degeneration konstatieren können. (Englisch.)

18. Beitrag zur Histologie der Psoriasis der Handflächen, von Paul Haslund-Kopenhagen. „Das Primäre bei Psoriasis ist das Zuströmen von Leukozyten in das Epithel, mit Anhäufung und z. T. wirklicher Abszeßbildung in dessen obersten Schichten unter der Hornschicht. Die übrigen Veränderungen sowohl des Epithels als auch die der Kutis sind konsekutive und teilweise gleichzeitige Wirkungen derselben unbekannten Ursache, die den nur mikroskopisch nachweisbaren Suppurationsprozeß bedingt." Bei wirklicher Psoriasis der Handflächen finden sich auch diese Veränderungen immer wieder, wenn auch die besondere Lokalisation dem mikroskopischen Bilde ein etwas verändertes Aussehen verleiht; schon wegen der Abschuppung des Epithels an diesen Stellen.

19. Trichloressigsäure in der Dermatologie, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. Empfehlung der Trichloressigsäure zur Behandlung von Warzen, Pigmentierungen, Nävi und Teleangiektasien. (Englisch.)

20. Weitere Mitteilungen zur Reaktion des Lupus vulgaris nebst Beiträgen zur Therapie desselben durch Salvarsan, von K. Herxheimer und Karl Altmann-Frankfurt a. M. Die Verf. haben schon vor einiger Zeit über drei Fälle berichtet von klinisch latenter Lungentuberkulose bei Luetikern, die im Anschluß an ein- oder mehrmalige Injektionen von Salvarsan aufflackerte und manifest wurde, sowie über einen Fall von sekundärer Lues, bei dem es nach intravenöser Applikation innerhalb weniger Tage zur käsigen Einschmelzung einer tuberkulös erkrankten Lymphdrüse am Hals kam. Daraufhin haben die Verf. bei 12 Fällen von Lupus vulgaris des Gesichts und der Extremitäten teils ein-, teils mehrfache intravenöse Salvarsaninjektionen vorgenommen und in allen Fällen eine überaus typische Reaktion des lupösen Herdes beobachten können. Die Reaktion machte in ihrem Inkubationsstadium und ihrem typischen Verlauf den Eindruck eines spezifischen Vorganges und verlief qualitativ wie eine Tuberkulinreaktion. In einigen Fällen konnte eine Exzision des in Reaktion befindlichen Gewebes vorgenommen und histologische Untersuchungen gemacht werden. Eine Abschwächung der Reaktion bei Reinjektion scheint auf eine Gewöhnung an das Mittel hinzudeuten. In drei Fällen konnten günstige therapeutische Erfolge dabei erzielt werden, doch glaubten die Verf. nicht, daß diese günstige Beeinflussung dem Salvarsan als solchen zuzuschreiben ist, sondern teilweise eine Folge der hervorgerufenen akuten Entzündung, teilweise Arsenwirkung ist.

21. Ein Fall von Sporotrichosis-Septikämie (mit Demonstrationen von Kulturen und mikroskopischen Schnitten in der Kaiserl. Med. Gesellschaft zu Konstantinopel), von Menahem Hodara u. Fuad Bey-Konstantinopel. Der Inhalt des französisch geschriebenen Artikels ist in der Überschrift angegeben.

22. Beitrag zur Frage „Tätowierung und Syphilis", von Wilh. Holland-Christiania. Vier einschlägige Fälle, in denen sich syphilitische Effloreszenzen auf Tätowierungen finden, mit besonderer Bevorzugung der blauen (Tusch-) Tätowierungen. Selbst wo die Tätowierungen ausgedehnt und zerstreut sich finden, kommen die syphilitischen

Digitized by Google

Effloreszenzen nur im Blau vor und sind gegen das Rot scharf abgegrenzt, wo sie gegen dieses stoßen. Dies kann nicht ganz und gar ein Zufall sein und es scheint die Theorie etwas für sich zu haben, die sagt, daß das Hydrargyrum im Zinnober, der die am häufigsten gebrauchte Farbe ist, eine gewisse spezifische Wirkung ausüben soll. Verschiedene Wirkung der Behandlung auf die tätowierten und nicht tätowierten Stellen haben sich nicht feststellen lassen.

23. Über Pemphigus, von Max Joseph-Berlin. J. berichtet über einige sehr interessante Fälle, die auf der Mund- bzw. Nasenschleimhaut begannen und keine sichere Diagnose erlaubten, bis schließlich Hauterscheinungen hinzutraten. Wenn er auch ab und zu einen seltenen Fall erlebt hat, in dem sich die ungünstige Prognose zugunsten des Patienten als Irrtum herausstellte, so ist auch noch heute die Therapie in den meisten Fällen eine aussichtslose. Mit Salvarsan hat J. bisher noch keinen Fall behandeln können.

24. Ein Fall von schwerer Quecksilbervergiftung, von Fritz Juliusberg-Posen. Eine kräftige, 45jähr. Frau bekam nach 7 Einreibungen von 4 g $33^1/_3$%igem Quecksilbervasogen Temperatursteigerungen ohne anderweitige Krankheitssymptome. Das Fieber ging in einigen Tagen vorüber. Während der Fiebertage bestand weder Stomatitis, noch eine Magendarmstörung, noch eine Albuminurie. Die Schmierkur wurde nach Abklingen des Fiebers fortgesetzt. Nach der 27. Einreibung trat plötzlich in stürmischer Weise eine Quecksilbervergiftung ein, die in 15 Tagen zum Tode führte. Die Intoxikation äußerte sich in hohen Temperatursteigerungen, einem skarlatiniformen Exanthem, einer schweren Nieren- und Darmschädigung.

25. Über Dermatitis nodularis necrotica, von Viktor Klingmüller-Kiel. Ein junges Mädchen aus gesunder Familie, das keine besonderen Krankheiten durchgemacht hat, leidet seit dem 10. Lebensjahre an einem anfallsweise rezidivierenden Hautausschlag, welcher meist die Streckseiten der Extremitäten, besonders Knie, Ellenbogen und Streckseiten der Hände befällt, aber auch sonst am ganzen Körper auftritt; Kopf und Gesicht bleiben frei. Jucken im allgemeinen nicht sehr intensiv, gerade bei den akuten Ausbrüchen nicht besonders hervortretend. Die Kranke hat zu verschiedenen Zeiten in klinischer Beobachtung gestanden; dabei haben sich in den Exanthemen drei Typen von primären Effloreszenzen unterscheiden lassen: Oberflächliche kleine entzündliche Papeln mit Pustelbildung und sekundären Blutungen oder Geschwüren, die durch das Konfluieren zahlreicher Effloreszenzen ziemliche Größe erreichen, nekrotischen Belag und peripheren derben Infiltrationswall aufweisen und mit pigmentierten Narben abheilten. Ferner ließen sich plattenförmige Infiltrate und kleinere und größere erythemartige Flecke nachweisen.

Während die bakteriologische Untersuchung keine bestimmten Anhaltspunkte ergab, zeigte die histologische Untersuchung an fünf exzidierten Stücken ein einheitliches Bild: Perivaskuläre Infiltrate in der Kutis und hauptsächlich am subpapillären Gefäßnetz, die sich bis in die Papillen fortsetzen. Epidermis von Leukozyten durchwandert, von vielen kleinen Abszessen durchsetzt und stark verdünnt.

Verf. erklärt den Fall als eine entzündlich entstandene Dermatose, die er an der Hand einer kurzen Literaturübersicht einzureihen sucht und schließlich mit Werther als Dermatitis nodularis necrotica bezeichnet.

26. Die Vererbung der Syphilis, von Rudolf Krefting-Christiania. Verfasser erkennt auf Grund seiner Erfahrungen nur die Vererbung mütterlicher Syphilis an. Er hat unter anderem bei 20 Müttern syphilitischer Kinder positiven Wassermann feststellen können, trotzdem keinerlei syphilitische Symptome oder anamnestische Angaben bei der Mutter zu erheben waren. Der kurze, französisch geschriebene Artikel wendet

Digitized by Google

sich mit aller Entschiedenheit gegen die Übertragung der Syphilis durch den männlichen Samen und schlägt vor, den Ausdruck hereditäre Syphilis durch kongenitale zu ersetzen.

27. Beitrag zur Kenntnis der Salvarsanwirkung auf die syphilitischen Infiltrate, von Fr. Krzysztalowicz-Krakau. Die Untersuchungen betrafen sieben Fälle von Syphilis, darunter zwei Fälle von Sklerosen, während es sich bei den übrigen um exzidierte Papeln handelte. Der Zerfall der Infiltrationszellen war überall deutlich sichtbar, besonders an den wichtigsten Bestandteilen der Infiltrate, nämlich im Bereiche der Plasmazellen.

28. Beitrag zur Histologie der Hauttuberkulose, von Josef Kyrle-Wien. Histologische Untersuchungen in vier Fällen, die Beispiele dafür bringen, wie außerordentlich verschieden das histologische Verhalten in einzelnen Fällen von Hauttuberkulose sein kann, wie sich hieraus gewisse klinische Unterschiede erklären lassen, wie aber all den Fällen ganz bestimmte histologische Gemeinsamkeiten zukommen, die für Zwecke der Agnoszierung als recht verwertbar bezeichnet werden können.

Im ersten dieser aus einem Material von weit über 100 Krankengeschichten ausgewählten Fälle handelt es sich um einen ungefähr guldengroßen Lupusherd in der Wangenhaut eines 38jährigen Mädchens, der sich histologisch dadurch auszeichnete, daß neben vielen, großen, unregelmäßig gelagerten Epitheloidzellverbänden mit Riesenzellen ungemein reichlich Entzündungselemente produziert sind, die der Masse nach genommen sicher über die Epitheloidzellen prävalieren.

Im 2. Falle, der klinisch in die Kategorie der Boeckschen Miliarlupoide einzureihen ist, dessen tuberkulöse Natur aber durch positives Impfergebnis festgestellt ist, fällt histologisch der Mangel an Entzündung auf; doch finden sich auch hier mächtige umschriebene Herde von epitheloiden Zellen mit Langhansschen Riesenzellen. Im 3. Falle handelt es sich bei einem 20jährigen Mädchen um einen Lupus follicularis acutus disseminatus mit positiver Tuberkulinreaktion und positiven Impfresultaten. Im 4. Falle fanden sich bei einem 25jährigen Patienten an Nase und Wange Effloreszenzen, die an zerfallene Gummen erinnerten und zunächst eine Differenzierung zwischen Lues und Tuberkulose nötig machten. Aber auch in diesen letzten beiden Fällen dieselben histologischen Elemente, die diagnostisch als ausschlaggebend herangezogen werden konnten.

29. Statistisches über Lepra, von H. P. Lie-Norwegen. Die Statistik von L. umfaßt 481 Ehen; in 230 dieser Ehen, wo der Vater leprös war, gab es zusammen 769 Kinder, von den 79 oder 10,27% leprös waren. In 223 Ehen, wo die Mutter leprös war, gab es zusammen 648 Kinder, von denen 106 oder 16,36% leprös waren. In 28 Ehen, wo beide Eltern leprös waren, gab es zusammen 74 Kinder, von denen 29 oder nicht weniger als 39,19% leprös waren. Gegenüber der Zahl angesteckter Kinder scheint die Zahl angesteckter Eheleute sehr gering zu sein, ein Verhalten, wie es sich auch bei der Tuberkulose findet. Verfasser glaubt, daß die Kinder größtenteils in den ersten Lebensjahren angesteckt werden, auch wenn Erscheinungen oft erst nach vielen Jahren auftreten. Eine Latenzperiode von zehn Jahren erscheint ihm nicht eine Ausnahme, sondern eher die Regel. Für die Übertragung der Lepra spielt die Form derselben eine gewisse Rolle; wenn auch dahingehende Zahlen bisher klein sind und darum nur auf eine relative Beweiskraft Anspruch erheben können, so scheint doch die Knotenlepra eine größere Infektiosität zu besitzen, während bei anästhetischer Lepra die Ehe besonders dann kinderlos ist, wenn der Mann anästhetisch leprös war.

30. Lymphogranuloma papulosum disseminatum, von G. Nobl-Wien. Das seltene, von Paltauf und Sternberg beschriebene, in den Beitr. zu path. Anat. von Grosz mitgeteilte Krankheitsbild, ist bisher nur in der Klinik Kreibich wieder beobachtet und von Hecht als Lymphogranuloma im Archiv für Dermatologie beschrieben worden.

Digitized by Google

Als dritte Illustration des anscheinend recht seltenen Vorkommnisses kann Verf. eine Beobachtung anschließen, die im klinischen Verhalten das Bild der Pseudoleukämie darbietet, in der Blutformel und dem histologischen Aufbau der Paltauf-Sternbergschen Krankheit entspricht. Es handelt sich um einen 21jährigen jungen Mann, der seit $^1/_2$ Jahr in fortgesetzter Beobachtung steht und dessen Krankheitsgeschichte ausführlich mitgeteilt wird — universelle Lymphdrüsenschwellung, diffuse schmerzhafte, ödematöse, mit Rötung einhergehende Schwellung der oberen rechtsseitgen Körperhälfte, violett- und braunrote mäßig hervortretende derbe Knoten innerhalb dieses Gebietes, und als Blutbefund konstant eine deutliche Leukozytose, d. h. eine absolute und relative numerische Zunahme der polymorphkernigen, neutrophilen Leukozyten. Die Hautknoten stellen sich histologisch dar als Granulationsherde, an denen vorzüglich Lymphozyten, polymorphkernige Leukozyten und Plasmazellen beteiligt sind.

31. Ein Fall von Pemphigus vegetans, von George Pernet-London. Der vom Verfasser beschriebene Fall ist der erste, der systematisch mit Vakzine behandelt worden ist. Nach früheren Untersuchungen des Verfassers war der Bacillus pyocyaneus in einem untersuchten Fall der ätiologische Faktor, doch konnte mit daraus hergestellter Vakzine kein Resultat erreicht werden. Der jetzt beobachtete Fall wird ausführlich mitgeteilt. Aus dem Blute ließen sich Staphylokokken und eine Art Diplokokken kultivieren, mit denen eine Vakzine hergestellt wurde. Trotz vorübergehender Remissionen ging der Patient nach einiger Zeit zugrunde. W. Lehmann-Stettin.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Bd. 22, 1911, September-Oktober.

1. Zur Pathogenese der Psoriasis vulgaris, von Shebunew. Der plötzliche Ausbruch einer Psoriasis punctata et guttata bei einem 21jährigen Gefreiten, welcher früher nie an Hautkrankheiten gelitten hatte, wohl aber immer nervös gewesen war, veranlaßt Sh. die Psoriasis vulgaris als neuropathischen Ursprungs aufzufassen. Der Ausschlag verging ohne jede lokale Behandlung allein unter Anwendung einer allgemeinen, die Nerven stärkenden Behandlung.

2. Granuloma fungoides Auspitz s. Mycosis fungoides Alibert, von Kudisch und Lurje. Der 51jährige Kranke, ein jüdischer Lehrer, welcher alle Zeichen von Mycosis fungoides aufwies (juckendes, schuppendes und nässendes Ekzem, wie Tumoren), gab an, 4 Jahre krank zu sein. Bei der Untersuchung des Blutes fanden sich 4830000 rote Blutkörperchen und 9300 weiße. Histologisch erwiesen sich in dem einen zur Untersuchung ausgeschnittenen Hautstückchen alle Bindegewebsfasern stark auseinandergedrängt und die Zwischenräume mit Endothelzellen angefüllt, unter denen sich viele polynukleäre fanden; in dem anderen Hautstückchen waren die polynukleären Zellen besonders längs den Gefäßen angehäuft.

3. Zur Statistik der tertiären Syphilis, von Meschtscherski. Von 406 Fällen von tertiärer Syphilis, welche in der Zeit von 1895—1911 in der Hautklinik zu Moskau stationär behandelt worden sind, betrafen 222 Männer und 184 Frauen. Unter diesen Fällen waren 56, d. h. 13,8%, sicher hereditären Ursprungs und 130, d. h. 32,5%, ganz unbekannten Ursprungs (Syphilis ignorée der Franzosen). Die meisten Kranken standen im Alter von 21—25 Jahren. Unter den verschiedenen tertiären Erscheinungen kamen am häufigsten vor diejenigen der Haut, nächstdem diejenigen der Nase und des harten Gaumens, weiter folgten diejenigen des weichen Gaumens, des Rachens usw. Von allen den 406 Kranken waren 244 oder 60% gar nicht früher behandelt worden, und von denjenigen, welche mit Hg behandelt worden waren, hatten $^2/_3$ nur eine einzige

Digitized by Google

Quecksilberkur durchgemacht. Als Grund dieser bedauerlichen Tatsache, spricht M. einzig und allein die völlige Unkenntnis der Kranken über das Wesen der Syphilis an.

4. Zur Frage der sog. Tripperfollikulitiden, von Tschernogubow. Bei einem 21jährigen Studenten, welcher jede venerische Krankheit verneinte, fanden sich auf der Raphe penis, $1^1/_2$ cm vom Beginn des Frenulums entfernt, zwei Knötchen von ziemlich fester Konsistenz, die keine Schmerzen verursachten, aber sich im Laufe der letzten zwei Jahre bald weniger, bald mehr bemerkbar gemacht hatten. Jedes Knötchen wies auf der Kappe eine im Durchmesser 1 mm große Öffnung auf, die, wie die Untersuchung ergab, in eine Höhle führte. Beide Höhlen kommunizierten miteinander. Aus den Höhlen entleert sich bei Druck eine Flüssigkeit, welche Gonokokken enthielt. Nach Exstirpation und histologischer Untersuchung der Knötchen zeigte sich, daß man es mit einem oder zwei verzweigten Gängen zu tun hatte, die von einem mehrschichtigen Plattenepithel von Schleimhauttypus ausgekleidet waren. Infolge der Gonokokkeninfektion war es zu einem eitrigen Katarrh der Schleimhaut mit deutlich ausgesprochener, rundzelliger Infiltration und vorwiegend hydropischen Veränderungen der Epitheldecke gekommen, die an einer Stelle bis zur Bildung eines außerhalb dieser Schicht gelegenen Eiterherdes geführt hatte. Es handelt sich somit um paraurethrale Gänge. Hinsichtlich der Klassifikation dieser Gruppe spricht sich Verf. der Einfachheit halber für die Einteilung derselben in Haut- und Schleimhautgänge aus. Arth. Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Hautveränderungen bei Erkrankungen der Leber, von S. Jessner. (Verlag von Curt Kabitzsch, Würzburg, 1912.) In kurzer prägnanter Weise führt der bekannte Verfasser alles über den Zusammenhang von Haut- und Lebererkrankungen Wissenswerte dem Leser vor Augen. Das kleine Werkchen reiht sich würdig den übrigen „Dermatologischen Vorträgen für Praktiker" des Verfassers an.

Gunsett-Straßburg.

Die medikamentöse, chirurgische und physikalische Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von G. Piccardi-Turin. (Verlag von S. Lattes u. Cie., Via Garibaldi 3, Turin, 1912.) Das Buch zerfällt in zwei Teile, einen allgemeinen Teil, der in alphabetischer Anordnung lexikonartig alle pharmazeutischen, chirurgischen und physikalischen Hilfsmittel aufzählt, welche wir zur Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten haben, und in einen speziellen Teil, welcher für jede einzelne Krankheit eine kurze Symptomatologie und einen Heilungsplan gibt. Hier legt der Verfasser am meisten Gewicht auf die Darstellung derjenigen Methoden, die sich ihm als die einfachsten und wirksamsten erwiesen haben. Berücksichtigt sind überall die neuesten Fortschritte der Diagnostizierung — z. B. Spirochätennachweis und Wassermannsche Reaktion — und der Therapie. So werden besonders auch die neueren physikalischen Methoden in eingehender Weise geschildert. Das Buch ist ungemein praktisch und brauchbar geschrieben.

Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Progressive Paralyse, diffuse Zerebralsyphilis oder arteriosklerotische Psychose, von Ch. Ladame. (Rev. méd. de la Suisse romande, 1911, Nr. 4.) Der Artikel enthält eine Kritik der unter gleichem Namen im Oktoberheft derselben Zeitschrift erschienenen Arbeit von Preisig und sucht zu beweisen, daß es sich in dem mitgeteilten Fall nur um eine arteriosklerotische Psychose handeln kann.

Progressive Paralyse, diffuse Zerebralsyphilis oder arteriosklerotische Psychose, von Preisig. (Rev. méd. de la Suisse romande, 1911, Nr. 5.) In dieser kurzen Antwort hält Preisig seine Diagnose einer syphilitischen Meningitis der Konvexität aufrecht. Gunsett-Straßburg.

Beitrag zur Statistik, Ätiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse, von Richard Süssmann. (Inaug.-Dissert., Kiel, 1910.) Der Arbeit liegen Aufzeichnungen über 409 Paralysefälle zugrunde. Darunter befanden sich 312 Männer und 97 Frauen. Sichere Lues bestand in der Anamnese bei 127 Männern = 40,7%, bei 17 Frauen = 17,5%, wahrscheinliche Lues bestand bei 14 Männern = 4,5%, 13 Frauen = 13,4%. Lues unbekannt bei 171 Männern = 54,8% und 67 Frauen = 69,1%. Behandelt waren 35 Männer = 11,2% und 6 Frauen = 6,1%. Es lag also im ganzen in 144 Fällen = 35,4% Lues sicher, in 27 = 6,6% Lues wahrscheinlich und in 238 = 58% keine Lues vor. Behandelt waren im ganzen 41 Fälle = 10%. Diese Werte sind niedrig und scheinen hinter der Wirklichkeit zurückzubleiben. Jolly fand bekanntlich 69%, Mendel 75%, Alzheimer sogar 90% vorangegangene Lues. Auffallen könnte der große Abstand zwischen sicherer Infektion der Männer und der Frauen, 40,7% gegen 17,5%, aber es ist hier zu beachten, daß gerade bei Frauen der sichere Nachweis der Lues auf die größten Schwierigkeiten stößt. Rechnet man zu den 17,5%, wo sicher Lues bei Frauen vorhanden war, noch diejenigen Kranken hinzu, welche mehrere Aborte gehabt haben oder deren Ehemann sicher Luetiker war, so erhält man 30,9%. Alle übrigen ätiologischen Momente treten gegenüber der Lues weit in den Hintergrund. Bemerkenswert ist noch die Tatsache, daß die Hälfte der Hereditarier (10,2% hereditäre Belastung) auch Luetiker war. Fritz Loeb-München.

Untersuchungen an Kindern und Ehegatten von Paralytikern, von F. Plaut und M. H. Göring-München. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 37.) Verf. haben in der psychiatrischen Klinik zu München eine Serie von Untersuchungen auf Syphilis bei Familienmitgliedern von Paralytikern ausgeführt, wobei sie eine sehr bemerkenswerte Bestätigung für ihre auch von anderen Verfassern geteilte Ansicht von der Rolle einer solchen Infektion auf diesem Gebiete erhielten. Es wurden 46 Ehegatten und 100 Kinder von Paralytikern untersucht. Von letzteren reagierten 26 sicher und 6 undeutlich positiv bei der Wassermannschen Probe. Von den (46) Ehegatten reagierten 32,6% positiv. Ohne auf die weiteren Einzelheiten der Beobachtungen und der Diskussion des Artikels einzugehen, mag nur das eine Faktum hervorgehoben werden, daß durchweg selbst die Möglichkeit einer syphilitischen Infektion negiert wurde, und daß mit einer einzigen Ausnahme irgend eine antiluetische Behandlung niemals bei diesen doch so sehr gefährdeten Angehörigen in Anwendung gekommen war. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über allgemeine Paralyse- und Tabesfrühfälle im Gefolge akquirierter Syphilis, von F. Passenaud. (Thèse de Paris, 1910, Nr. 300.) Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Zwei Fälle von Poliomyelitis anterior luetica beim Erwachsenen, von A. Zadik-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 28.) Den wenigen bisher publizierten Fällen von Poliomyelitis anterior auf luetischer Grundlage fügt Verfasser zwei eigene hinzu, die im Verein die Existenz einer luetischen Form dieser Krankheit erweisen, während früher die Krankheit als primäre Affektion unbekannter Ätiologie betrachtet wurde. Eine sichere Diagnose läßt sich stellen, wenn die Lumbalflüssigkeit Eiweiß und Lymphozyten enthält und wenn die Wassermannsche Reaktion mit derselben positiv ausfällt. Wegen der guten Erfolge einer antiluetischen Therapie bei auf Lues beruhenden Fällen, soll in jedem Fall von Poliomyelitis beim Erwachsenen ein Versuch damit gemacht werden. Arthur Schucht-Danzig.

Gibt es eine syphilitische Polyneuritis? von R. Demanche und P.-J. Ménard. (Presse méd., 1911, Nr. 91.) Die Verfasser bejahen die Frage und teilen zum Beweise die Krankengeschichte eines Falles von luetischer Polyneuritis mit.

Gunsett-Straßburg.

Die syphilitische Polyneuritis, von Pierre-Jean Ménard. (Gaz. de hôp., 1911, Nr. 134.) Der Verfasser bezeichnet eine Polyneuritis als wahrscheinlich luetischen Ursprungs, wenn sie bei einem sicher syphilitischen Individuum auftritt, das absolut kein Zeichen von Quecksilberintoxikation zeigt, das keiner anderen Infektion oder Intoxikation, welche dieselbe hervorrufen können, ausgesetzt war und bei welchem die Quecksilberbehandlung die Läsionen nicht verschlimmert, sondern eher bessert. Er gibt eine gute Schilderung der pathologischen Anatomie, Symptomatologie und des Verlaufs der Erkrankung, ohne neue Fälle mitzuteilen. Auch ist sowohl die deutsche als die ausländische Literatur ausführlich angegeben. Gunsett-Straßburg.

Syphilis, diphtherische Lähmung, Herpes velo-palatinus, von P. Gastinel und A. Pelissier-Paris. (Gaz. de hôp., 1911, Nr. 113.) Eine 26jährige Frau bekommt 1910 eine Initialsklerose. Zwei Monate später eine bakteriologisch festgestellte diphtheritische Angina mit Lähmung des Gaumensegels und vier Wochen später einen herpetischen Ausschlag des Gaumens, welcher in acht Wochen fünf- bis sechsmal rezidivierte. Nebenher nahm die Lues ihren regelrechten Verlauf (Roseola und breite Kondylome). Die Verfasser möchten der Lues bei der Ätiologie dieses Herpes eine gewisse Rolle zuschieben in dem Sinne, daß vielleicht die syphilitische Infektion sich elektiv auf bereits alterierte Nerven festsetzt, ähnlich wie bei den Neurorezidiven nach Salvarsan.

Gunsett-Straßburg.

Zur Frage der Abortierung der Syphilis, von Meschtscherski. (Medicinskoje Obosrenje, 1911, Nr. 15.) M. hatte Gelegenheit, folgenden Fall zu beobachten. Ein junger Mann hatte am 29. IX. 1910 mit einer, wie die Konfrontation ergab, luetischen Person koitiert. Erst am 19. X. trat auf dem inneren Blatt der Vorhaut eine oberflächliche Erosion auf, in der Spirochaetae pallidae in spärlicher Menge nachgewiesen wurden. Am 24. X. wurde die Erosion im gesunden Gewebe exzidiert und darnach eine 50%ige graue Salbe nach Duhst eingerieben und dieses auch noch einige Tage fortgesetzt; außerdem erhielt der Patient noch vom 24. X. bis 28. XII. zehn Injektionen von grauem Öl, je eine in der Woche zu anfangs 0,1, später 0,09. Am 11. Febr. 1911 stellte sich trotzdem eine papulöse Angina ein und als diese unter Hg-salizyl-Injektionen geschwunden war, trat schon Anfang Mai ein Rezidiv in Gestalt einer neuen papulösen Angina auf. Arth. Jordan-Moskau.

Jodival in der Luestherapie, von Hugo Bayer. (Allg. Wien. med. Ztg., 1911, Nr. 35.) Verf. hat sehr gute Resultate mit Jodival gehabt, da es gleichmäßig resorbiert und vom Magen gut vertragen wird. Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Die kombinierte Behandlung der Syphilis mit Joha und Quecksilber, von C. Schindler-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 36.) „Joha" ist bekanntlich eine 40proz. Salvarsanemulsion in Jodipin, welche im Gegensatz zu wässerigen Lösungen nach Verfasser eine unbegrenzte Haltbarkeit hat und sogar tropenfest ist. Die neuerdings empfohlene vom Arzt herzustellende Verreibung von Salvarsan in Sesamöl nach Heinrich und Tatarsky verwirft Verfasser, da die Verreibung des Pulvers mit Glasstäbchen nie fein genug erfolgen kann, um Verstopfung der Kanülen sicher zu vermeiden, insbesondere nicht so fein, wie es die fabrikmäßige Herstellung des Joha nach einem neuen Verfahren ermöglicht.

Verfasser injiziert jetzt in den Glutaeus medius, dicht unterhalb der Crista, wo derselbe frei liegt, nur bedeckt von Haut, Fett und aponeurotischer Faszie und sieht seither nie Infiltrate oder Schwellungen darnach auftreten.

Gewiß wird das Anwendungsgebiet des Salvarsan in Form des Joha ein nicht geringes sein, aber dem vom Verfasser über die intravenöse Methode der Salvarsaninjektion geäußerten Bedenken, dieselbe sei nur klinisch anwendbar, kann Referent auf Grund zahlreicher eigener Erfahrungen nicht beipflichten. Die Frage über den verschiedenartigen Wert der intramuskulären und intravenösen Einverleibung des Salvarsan kann nur durch solche Arbeiten gefördert werden, welche ein reiches Material in dieser oder jener Richtung verarbeiten. Arthur Schucht-Danzig.

Syphilis des Magens, von Galliard. (Bull. méd., 1911, S. 507.) Bei der Syphilis des Magens kann man drei Formen unterscheiden: 1) eine katarrhalische (akute oder chronische), 2) eine hyperplastische (Gummen), 3) eine ulzeröse mit Blutungen und nachfolgenden narbigen Stenosen. Krankengeschichte einer Frau, die nach dreimaligem Blutbrechen ins Krankenhaus kam. Da sie ungleiche und lichtstarre Pupillen, sowie positiven Wassermann hatte, wurde eine Hg-Kur eingeleitet, die bedeutende Besserung brachte. Die Patientin verließ aber zu früh das Spital und kam mit einem Rezidiv wieder, das durch abermalige Hg-Kur prompt beseitigt wurde.

Richard Frühwald-Leipzig.

Magensyphilis, von Lion. (Paris méd., 1911, Nr. 27.) Lion unterscheidet klinisch drei Arten von Magensyphilis: 1) die syphilitischen Ulzera, welche einen dem Ulcus simplex ähnlichen Verlauf haben und zu Hämorrhagien, Stenosen und Perforationen führen können. 2) die syphilitische Stenose, eine Pylorusstenose, welche teils die Charaktere der karzinomatösen, teils diejenigen der ulzerösen Stenose zeigen kann. 3) die syphilitischen Tumoren. Im übrigen enthält der Aufsatz nur eine Literaturstudie über den Gegenstand. Gunsett-Straßburg.

Syphilis der Anorektalgegend, von Lewis H. Adler-Philadelphia. (New York med. journ., 21. Okt. 1911.) Der Primäraffekt (Schanker) findet sich in der Aftergegend viel häufiger, als allgemein angenommen wird; öfter bei Frauen als bei Männern vorkommend, ist er bei letzteren meist Zeichen von Sodomie, während bei ersteren die Möglichkeit der Infektion durch die Berührung mit dem männlichen Geschlechtsorgan oder durch die Scheidenabsonderung in Betracht kommt. In zweifelhaften Fällen kann die Wassermannsche Reaktion (am Beginn? Refer.) oder der Spirochätenbefund von Wichtigkeit sein. Im Sekundärstadium der Syphilis kommen innerhalb des Mastdarms hauptsächlich kraterförmige Geschwüre vor, im Tertiärstadium Gummata, destruierende Ulzerationen, Strikturen und proliferierende Proktitis. Schließlich erwähnt A. noch die hereditäre oder kongenitale Syphilis, bei welcher als erste die Erscheinungen um den Anus herum auftreten oder auch viel später sich einstellen können; zuerst als erythematöser Zustand, dann als rötliche oder kupferfarbene Papeln, wird die Haut schließlich verdickt und erhaben und von einer eitrig-schleimigen fötiden Absonderung

Digitized by Google

begleitet. Bezüglich der Behandlung hatte A. einige vorzügliche Erfolge mit Salvarsan, möchte aber sich nicht auf dieses allein verlassen, sondern es mit Quecksilber kombiniert wissen. A. hebt wiederholt hervor, daß es häufig Fälle von primärer und sekundärer Syphilis gibt, die keine anderen Erscheinungen des Leidens zeigen als solche am After und in seltenen Fällen innerhalb des Mastdarms; eine Untersuchung dieser Körpergegend sollte daher stets in zweifelhaften Fällen unternommen werden und wird oft zu Überraschungen führen. Stern-München.

Syphilis der Eingeweide, von Frank Billings. (Journ. of amer. med. assoc., 1911, S. 1653.) In einem Vortrage kurze Zusammenfassung der Klinik, Diagnose und Therapie der viszeralen Lues. Richard Frühwald-Leipzig.

Die syphilitische Natur mancher Darmharnfisteln, von Pierre Delbet. (Journ. d. praticiens, 1911, Nr. 47.) Der Verfasser teilt folgenden Fall mit: Ein Kranker hatte seit einiger Zeit bemerkt, daß er während der Miktion einen beträchtlichen Teil seines Urins durch den After verlor. Urethroskopisch fand man eine Ulzeration unterhalb der Prostata an der hinteren Urethralwand, mit dem Rektoskop eine Öffnung mit kaum ulzerierten Rändern direkt über dem vorderen, oberen Sphinkterrand. Anamestisch war nichts von Lues zu eruieren, auch war die Wassermannsche Reaktion negativ. Trotzdem heilte die Fistel mit einer energischen Quecksilberkur in 14 Tagen.

Gunsett-Straßburg.

Die klinisch-serologische Diagnose der luetischen Nierenerkrankungen, von Richard Bauer-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 42.) Drei Fälle von Nierenerkrankungen mit positivem Wassermann im Serum und im Harn. Die Fälle sind sehr genau untersucht, lassen aber auch keinen Schluß darauf zu, ob die Nierenerkrankung auf einer Toxinwirkung von seiten der im übrigen Organismus vorhandenen Spirochäten oder einer Ansiedlung derselben in der Niere selbst beruht. Der positive Wassermann im Harn scheint bei Nierenerkrankungen Luetischer konstant zu sein.

W. Lehmann-Stettin.

Nephritis bei sekundärer Syphilis, von J. Cameron-Edinburgh. (Brit. med. Journ., 1911, Juni 24.) Zu dem von Hall und Beattie publizierten Fall bemerkt C. kurz, daß er vor mehreren Jahren einen ähnlichen Kranken beobachtete, und daß dabei das Eiweiß zum großen Teil in Form von Albumose auftrat. Diese läßt sich durch Schütteln mit gewöhnlichem Schwefeläther ausfällen, und man kann dann nach Filtrieren der so entstandenen gelatinösen Masse das übrige Eiweiß auch niederschlagen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Der Vertreter der Urologie an der Pariser Universität, Prof. J. Albarran, Chirurgien am Hôpital Necker, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

17. Februar 1912 | Nr. 7 | Band 54

Aus der Hautabteilung Jena (Oberarzt Prof. Spiethoff).

Reinfektion und Solitärsekundäraffekt nach Salvarsanbehandlung.

Von

Dr. Hanacek, Assistenzarzt.

Unter dem Einflusse der Salvarsanbehandlung häufen sich die Berichte über Reinfectio syphilitica und sogenannte Solitärsekundäraffekte. Bei der Schwierigkeit der Deutung mancher dieser Beobachtungen wird die Mitteilung aller einschlägigen Fälle als erwünscht angesehen, da sich möglicherweise aus einer großen Beobachtungszahl bestimmte Anhaltspunkte für diese oder jene Entstehungsweise ergeben. Deshalb sei zunächst eine Beobachtung von Herrn Prof. Spiethoff mitgeteilt, die anders als eine Reinfektion des durch Salvarsan geheilten Patienten nicht erklärt werden kann.

V., Kaufmann, 23 Jahre alt, verheiratet, Vater eines dreijährigen gesunden Kindes. Bisher nie venerisch krank gewesen. Nach einem vor drei Wochen stattgefundenen Coitus impurus bemerkt er Veränderungen am Gliede, die ihn zum Arzte führen.

21. I. 1911 Status praesens: Im Sulcus retroglandularis fanden sich zwei leicht erodierte Sklerosen. In Inguine indolente multiple Drüsenanschwellungen. Die mikroskopische Untersuchung des Reizserums ergibt zahlreiche typische Spirochaetae pallidae; Wassermannsche Reaktion ist negativ.

Einleitung einer energischen Salvarsanbehandlung wie folgt:

24. I. 0,5 Salvarsan in alkalischer Lösung intravenös.

29. I. 0,6 Salvarsan in schwach saurer Lösung subkutan intraskapulär.

24. II. 0,5 Salvarsan in alkalischer Lösung intravenös.

Die beiden Sklerosen sind schon nach den beiden ersten Injektionen vollständig zurückgegangen. Ein Exanthem zeigte sich bei regelmäßiger Beobachtung nie. Wassermannsche Reaktion ist negativ.

23. IV. Am Präputium zeigt sich eine linsengroße Erosion, in deren Reizserum im Dunkelfeld zahlreiche Spirochaetae pallidae nachweisbar sind. Die Erosion sitzt nicht an der Stelle der früheren Skle-

Digitized by Google

rosen. Die Inguinaldrüsen, die nach den Injektionen erheblich zurückgegangen sind, zeigen sich gegen früher nicht vergrößert. WASSERMANNsche Reaktion ist negativ.

Patient gibt an, die Stelle seit acht Tagen beobachtet zu haben, nachdem er mit seiner Frau vor drei Wochen zum letzten Male verkehrt habe. Dieser Verkehr fand vier Wochen nach der letzten Salvarsaneinspritzung statt.

2. V. Der Grund der Erosion ist induriert. Die Inguinaldrüsen sind jetzt bei vollständiger Schmerzlosigkeit härter und stärker geschwollen.

Die Frau des Patienten, die sich jetzt zur Untersuchung einstellt, zeigt zahlreiche hypertrophische nässende Papeln und eine ausgesprochene Roseola.

Neuerliche energische Salvarsanbehandlung; zunächst zwei intravenöse Injektionen von je 0,4 Salvarsan in alkalischer Lösung, vier Wochen später eine dritte Injektion gleicher Art.

WASSERMANNsche Reaktion bleibt negativ. Sekundärerscheinungen sind bis heutigen Datum (Januar 1912) nicht aufgetreten.

Der zweite Fall, der in der Klinik beobachtet wurde, stößt bei der Deutung der Pathogenese auf Schwierigkeiten. Er sei zunächst kurz mitgeteilt.

M., Mechaniker, 24 Jahre alt, unverheiratet.

Vor $2^1/_2$ Jahren hat sich Patient luetisch infiziert und zwar saß der Primäraffekt am Penis. Der Kranke machte damals sofort eine Hg-Kur durch. Jetzt kommt er wegen Schluckbeschwerden in Behandlung. Status praesens am 31. X. 1910: Unter der Zunge findet sich ein großer luetischer Plaques von etwa Fünfpfennigstückgröße. Sonst nichts Pathologisches in Mund und Rachen. Geringe indolente Leistendrüsen. WASSERMANNsche Reaktion ist negativ.

31. X. 1910: intravenöse Einspritzung von 0,45 Salvarsan in schwach saurer Lösung.

2. XI. 1910: WASSERMANN negativ.

4. XI. 1910: 0,6 Salvarsan in schwach saurer Lösung interskapulär.

1. XII. 1910: WASSERMANN negativ.

10. I. 1911: 0,5 Salvarsan in alkalischer Lösung interskapulär.

2. II. 1911, also etwa vier Wochen nach der letzten Einspritzung zeigt sich auf der Eichel ein pfennigstückgroßes, schmierig belegtes Geschwür, dessen Umgebung ziemlich stark infiltriert ist. Spirochaeta pallida ist nicht nachweisbar. Drüsenschwellungen sind nicht aufgetreten. Wegen der Ungewöhnlichkeit des Bildes wurde weder örtlich noch allgemein behandelt. In den nächsten Tagen nimmt die Härte zu und es entsteht ein richtiges plastisches Infiltrat von großer Ausdehnung. Sekun-

Digitized by Google

däre Erscheinungen treten nicht auf. Wiederholte Untersuchung auf Spirochaeta pallida bleibt stets erfolglos. Ohne jegliche Behandlung tritt in einigen Wochen unter Zurücklassung einer kleinen zarten Narbe völlige Rückbildung ein. Das Geschwür sitzt nach Aussage des Kranken nicht an der Stelle des früheren Primäraffektes. WASSERMANN ist negativ.

Seit seiner am 6. XI. 1910 erfolgten Entlassung aus dem Krankenhause hat Patient öfters geschlechtlich verkehrt. Die Möglichkeit einer neuen Infektion liegt also vor.

Das klinische Bild des Genitalaffektes im vorliegenden Falle gleicht keiner typischen luetischen Effloreszenz. Gegen die Annahme eines Gummi ist hervorzuheben, daß die Veränderung spontan und noch dazu in kurzer Zeit abheilt, daß die große plastische Induration nur eine dem zentralen Ulkus entsprechende, außerordentlich zarte, kleine Narbe hinterläßt. Auch die Entstehungsweise spricht nicht für ein Gummi, da sich erst um das Ulkus ein Infiltrat anbildet und nicht das Ulkus aus dem Zerfall eines primären Infiltrates entsteht.

Klinisch entspricht die Veränderung am meisten den als Solitärsekundäraffekten beschriebenen Effloreszenzen, während pathogenetisch ein Rezidiv oder eine Neuinfektion in Betracht kommen. Rezidive in der ungewöhnlichen Form von Solitärsekundäraffekten werden nach den beiden Hauptverfassern THALMANN und BETTMANN im zweiten Latenz- oder zu Beginn des sekundären Stadiums beobachtet; insofern würde dieser Fall, bei dem die Infektion $2^1/_2$ Jahre zurückliegt, bei Annahme eines Rezidivs mit den bisherigen Beobachtungen im Widerspruch stehen. Für ausgeschlossen halten wir diese Genese dennoch nicht. Da der Kranke aber auch nach der Salvarsanbehandlung einen wahllosen außerehelichen Verkehr gepflogen hat, ist mit der Möglichkeit einer Neuinfektion zu rechnen. Für die Annahme einer wirklichen Reinfektion, nach abgeheilter erster Infektion, vermißt man eine Reihe von Erscheinungen, die bei der Reinfektion zu erwarten wären, so die regionäre Drüsenanschwellung und, beim Fehlen einer spezifischen Behandlung, auch sekundäre Erscheinungen, sowie positiver WASSERMANN. Eher ist an eine Superinfektion zu denken, die sich nicht in Form einer dem Stadium der Krankheit entsprechenden Effloreszenz, sondern angesichts der starken Entkeimung durch die kurz vorher durchgeführte energische Salvarsankur in atypischer Weise äußert.

Zur Entscheidung für eine bestimmte Pathogenese, für Rezidiv oder Superinfektion, fehlt zurzeit noch die sichere Grundlage

Digitized by Google

Aus der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis der Wiener Allg. Poliklinik.
(Vorstand: Dozent Dr. G. Nobl.)

Zur Kritik der Atropinbehandlung der Blennorrhöe des Mannes.

Von

Dr. Karl Fluss,
Assistenten der Abteilung.

Die Anregung zur Behandlung der Blennorrhöe mit Atropin ging von C. Schindler aus. Die Wirkung des Atropins auf die glatten Muskelfasern in Betracht ziehend, veranstaltete dieser Autor sehr interessante Experimente zunächst an weiblichen Tieren. Er fand, daß hochgradige Erregungszustände des Uterus, durch mechanische und thermische Reize erzeugt, durch große Atropindosen zusehends abgeschwächt, ja zum Verschwinden gebracht werden können. Er zieht daraus den Schluß, bei weiblichen Blennorrhöen gleich im Beginne Atropin zu verabreichen, um die aszendierenden Prozesse, welche ja durch Kontraktionen der Uterusmuskulatur und dadurch bedingtes Regurgitieren von Eiter begünstigt werden, zu verhüten. Diese Folgerung erscheint auf den ersten Blick sehr bestechend und Schindler berichtet über gute Resultate seiner Behandlung an weiblichen Kranken.

Wie verhält es sich mit den Deduktionen, welche Schindler aus seinen Experimenten am männlichen Genitale des Kaninchens auf die Behandlung der Blennorrhöe des Mannes zieht? Er stellte es sich zur Aufgabe, neben den automatischen Bewegungen, deren Prostata, Samenblasen und Colliculus seminalis, ja auch der Funiculus spermaticus fähig sind, auch die reflektorischen Bewegungen der Samenleiter zu studieren. Diese reflektorischen Bewegungen verlaufen retrograd und treten auf: bei Berührung der Samenblasen und der Prostata; bei heftiger, chemischer (Argentum nitricum) und darauffolgender mechanischer Reizung des Caput gallinaginis; bei direkter Reizung der Samenleiter. Das autonome und reflektorische Zentrum der Sexualorgane ist aber, wie Schindler näher ausführt, der Plexus hypogastricus. Daß die autonomen Zentren durch Atropin beeinflußt werden, ist von anderen Organen (Magen, Darm) bekannt. Die rhythmischen Bewegungen und die reflektorische Erregbarkeit sah nun Schindler bedeutend herabgesetzt, wenn er starke, einprozentige, nicht aber schwache, einpromillige Atropinlösung zwischen Mastdarm und Blase des Tieres, wo periphere Ganglien der Nn. hypogastrici ein-

Digitized by Google

gelagert sind, auftropfte. Bemerkt sei hier — und das ist vom Standpunkte der oft nur fakultativen Wirkung des Atropins interessant — daß es, wie schon oben erwähnt, auf das autonome Nervensystem des Magens und Darms (Vagusfasern) krampflösend wirkt, aber nur bei überwiegendem Vagustonus des Darms, wobei schon kleine Mengen Atropin wirken, während bei nicht hohem Vagustonus die Endigungen des Plexus Auerbachi stärker erregt werden und die Peristaltik erhöht wird (nach H. H. Meyer und Gottlieb).

Man darf sich gewiß damit einverstanden erklären, daß Schindler aus seinen Versuchen die Schädlichkeit einer vorzeitigen Prostatamassage, welche ganz wohl retrograde Bewegungen der Samenleiter und Epididymitis hervorrufen könne, folgert, und daß er die Ruhigstellung des Sexualapparates bei einer akuten Blennorrhöe postuliert. Ein anderes ist es, wie Schindler, der, wie auch andere Verfasser, beim Tiere nach Auftropfen kleiner Atropindosen (einpromilliger Lösungen) keine oder sogar erregende Wirkungen, und erst bei großen Dosen (einprozentigen Lösungen) lähmende Wirkungen sah, dazu kommt, diese Ruhigstellung des Sexualapparates beim Menschen schon von kleinen Atropindosen zu erwarten. Die bezüglichen Einwände Schindlers (verschiedene Empfindlichkeit der Versuchstiere) sind nicht genügend stichhaltig.

Nun kann wohl mit Recht die Frage aufgeworfen werden, warum bei zahllosen ohne Atropin behandelten Blennorrhöen keine Komplikation von seiten der Adnexe hinzutritt, und warum andererseits innerhalb einer kleinen Reihe mit Atropin behandelter Fälle, die sich ja für den objektiven Kritiker perzentuell gar nicht feststellen lassen, wenn man nicht ein Vergleichsmaterial von vielen Tausenden von Fällen zur Verfügung hat, Epididymitis und Prostatitis auftritt. Man müßte selbst bei Vorhandensein eines solchen großen Materials sich fragen, welche Momente es in Wirklichkeit sind, die die Adnexerkrankungen bedingen. Wir wissen, daß Traumen bei vorhandener Urethritis posterior eine provozierende Wirkung haben, und sprechen antiperistaltische oder retrograde Bewegungen der Samenleiter als unmittelbare Ursache an. Wir kennen aber gewiß nicht alle möglichen mittelbaren und unmittelbaren Ursachen, und selbst wenn wir uns vor der Wirkungsmöglichkeit der kleinen Atropindosen beugen wollten, bliebe noch immer der große Unterschied zwischen den ausgeschnittenen atropinisierten Organen des Kaninchens und dem tripperkranken Menschen zu bedenken. Ich selbst habe bei einer großen Reihe von Fällen, welche nach Janets Manier von vornherein nur mit Janetschen Spülungen, ohne sonstige lokale oder interne Medikation, behandelt wurden, niemals eine Epididymitis auftreten gesehen, während ich Epididymitis und Prostatitis bei Atropindarreichung

Digitized by Google

und vom Patienten gleichzeitig vorgenommenen Protargoleinspritzungen innerhalb einer relativ kleineren Zahl von Fällen beobachten konnte. Ein jeder von uns sah Katarrhe der hinteren Harnröhre, an denen Traumen ohne weitere Folgen vorübergingen, andererseits bettlägerige Patienten, die plötzlich eine Epididymitis bekamen, und ich erwähne unten einen mit Atropin behandelten Fall, wo das Trauma, ein Sprung, sofort eine Nebenhodenentzündung zur Folge hatte.

Die 55 Fälle von akuter Blennorrhöe, welche auf der poliklinischen Abteilung von uns behandelt wurden, bekamen vom ersten Tage an morgens und abends je 1 mg Atropin in Stuhlzäpfchen oder Pillen, oder ausnahmsweise auch in der Injektionsflüssigkeit (0,01 auf 200,0), welche in Form einer anfangs 1% igen, später 1½ und 2% igen Protargollösung jedem Patienten verordnet wurde. Von diesen 55 Blennorrhöen waren 22 anfangs auf die vordere Harnröhre beschränkt, bei 10 davon trat nach einiger Zeit eine Urethritis posterior hinzu, sonst verliefen sie ohne weitere Komplikation und heilten nach 2—3 Monaten. 33 Fälle kamen von vornherein als Urethritis anterior et posterior entweder ganz frisch oder nach zwei bis dreiwöchentlicher Dauer in Behandlung und wurden derselben Therapie teilhaftig wie die obigen Fälle. Die Patienten spritzten selbst bloß die vordere Harnröhre aus, die hintere Harnröhre wurde im akuten und subakuten Entzündungstadium nicht behandelt, sondern bloß Atropin verabreicht. Erst gegen Ende der Behandlung wurden, sofern keine Komplikation vorlag, Lapisinstillationen vorgenommen. Von diesen 33 Fällen verliefen 27 ohne Adnexerkrankung (bei 2 davon waren veraltete Nebenhodeninfiltrate vorhanden) und heilten durchschnittlich nach 2—3 Monaten aus. Bei 6 Fällen stellten sich Komplikationen ein: 1 war von vornherein mit Prostatitis verbunden, bei 1 trat nach zweiwöchentlicher Atropinbehandlung Prostatitis mit ziemlich heftigen Erscheinungen hinzu, bei 1 Epididymitis in einem schon früher erkrankt gewesenen Nebenhoden, bei 1 Epididymitis in einem ebenfalls bei einer früheren Infektion krank gewesenen Nebenhoden, bei 1 Epididymitis nach fünfwöchentlicher ununterbrochener Atropindarreichung (Pat. verspürte einige Stunden nach einem heftigen Sprung vom Wagen Schmerzen im Hoden, am nächsten Tage war Epididymitis da), bei 1 Epididymitis nach zweiwöchentlichem Atropingebrauch.

Es traten somit bei 5 unter 55 Fällen während des Atropingebrauchs Adnexerkrankungen auf, und zwar 4 Epididymitiden (2 davon in lange Zeit vorher schon erkrankt gewesenen Nebenhoden), und 1 Prostatitis. Eine der Nebenhodenentzündungen war mit Prostatitis vergesellschaftet.

Das Atropin wurde fast durchwegs gut vertragen. Die Patienten nahmen es 4—6 Wochen meist ununterbrochen ohne Beschwerden, nur

Digitized by Google

in einem Fall wurde über Gefühl von Trockenheit im Munde, in einem zweiten außerdem über Sehstörung geklagt, wobei von okulistischer Seite eine leichte Akkomodationsparese konstatiert wurde. Ein Patient, der die Atropinpillen einige Tage zu nehmen aufgehört hatte, klagte über nächtliche Erektionen, welche sistierten, als er wieder zu den Pillen zurückkehrte.

Hierzu kommt noch ein, 83 Fälle umfassendes Material der Eigenbeobachtung Nobls, welches für die Bewertung der immobilisierenden Einwirkung der Atropinbehandlung um so verläßlicher herangezogen werden darf, als die Feststellung der Lokalisation des venerischen Katarrhs und die Einbeziehung der Adnexveränderungen (Prostata, Samenblasen) aufs genaueste präzisiert und verfolgt wurde. Diese in eine viel frühere Zeit zurückdatierende Versuchsanordnung umfaßt 40 Fälle, welche mit den Initialerscheinungen einer Bl. ant. in Behandlung kamen und in gleicher Weise der topischen Beeinflussung mit Argent. proteinic. (1—3%) und der Allgemeinbehandlung mit Atropin (0,001—0,003 pro die) zumeist in Form von Suppositorien unterzogen wurden. Zu einer Fortsetzung des Prozesses auf den hinteren Harnröhrenabschnitt war es 31 mal, d. h. in mehr als 75% der Fälle gekommen, wobei jedoch das Übergreifen in 40% symptomenlos verlief und mittels der Irrigationsprobe festgestellt werden konnte. Eine spezifische glanduläre Prostatitis komplizierte in dieser Serie 9 mal den Entzündungsvorgang in verschiedenen Intensitätsgraden, 43 Kranke stellten sich in der dritten bis fünften Krankheitswoche mit Erscheinungen der diffusen Blennorrhöe vor, nachdem sie die ersten Krankheitsstadien anderweitig hatten behandeln lassen. Auf diese Zahl entfallen 17 Prostatitiden seropurulenter Art, 5 Fälle von ein- und doppelseitiger Vesikulitis, sowie 2 einseitige seröse, nicht zu schwere Epididymitiden, welche in ambulatorischer Behandlung zur Rückbildung gelangten. Nach Nobls Erfahrung macht sich besonders die schmerzlindernde Komponente des Atropins in wohltuender Weise geltend, zu deren Bewertung gerade das Material der Privatklientel bei der Rekrutierung desselben aus den verschiedensten Gesellschafts- und Altersklassen die beste Gelegenheit bietet. Aus der Reihe der toxischen Nebenwirkungen der Belladonnapräparate waren selbst bei der protrahierten Verabreichung des Atropins auch in dieser Serie keine prominenteren zu verzeichnen. Einige mit optischen Präzisionsapparaten arbeitende Patienten (Techniker, Ingenieure), sowie Chemiker, die fortgesetzt titrieren mußten, klagten wohl über vage Sehstörungen, die sich bei der feineren Einstellung geltend machten. Kurzes Aussetzen der Atropinverabreichung genügte jedoch meist, um das Phänomen zum Schwinden zu bringen. Bemerkenswert erscheint, daß einige der klageführenden Patienten bei okulistischer Be-

Digitized by Google

gutachtung vollständig normale Akkomodationszustände darboten. In einem Falle (22jähriger Offizier), den neurasthenische Beschwerden in neurologische Observanz brachten, sollen sich auch Sehstörungen geltend gemacht haben. Ein hinzugezogener hervorragender Okulist konnte keinerlei Augenveränderungen feststellen. Als der Kranke sich nach einiger Zeit wieder bei Nobl präsentierte und ihm die gleichen Beschwerden vorbrachte, sistierte dieser die Atropinkur, worauf das normale Sehvermögen sich wieder prompt einstellte.

Das bisher kaum registrierte Phänomen einer beschleunigten Herzaktion trat bei zwei jugendlichen (sehr intelligenten) Kranken (19 und 21 Jahre) in Erscheinung, die schon nach kurzer Zeit auf die Störung kamen und N. darauf aufmerksam machten. Die reguläre Pulsfrequenz von 80 war auf 105—110 gestiegen, ohne daß für die Erscheinung irgend welche ursächliche Momente ausfindig gemacht werden konnten. Es muß für diese Kranken wohl eine ganz besondere vagotonische Disposition angenommen werden, da auch von Überleitungsstörungen im Sinne einer Bradykardie oder extrasystolischen Arhythmie keine Anzeichen vorlagen. Daß in diesen Fällen sicherlich die kleinen Atropindosen auslösend auf das motorische System gewirkt haben, war aus dem neuerlichen Einsetzen der Tachykardie bei versuchsweiser Wiederaufnahme der Medikation zu entnehmen.

Fassen wir die bisher gewonnenen Erfahrungen zusammen, so können wir den prophylaktischen Wert der systematischen Atropinverabreichung anerkennen und die Fortsetzung des kombinierten Heilplanes empfehlen. Regelrecht fortgeführte, objektiv beurteilte Kontrollreihen werden lehren, inwieweit eine Verschiebung im numerischen Verhältnis der komplikatorischen Adnexerkrankungen zu erzielen ist.

Literatur:

Eppinger-Hess, Die Vagotonie, eine klinische Studie. Hirschwald, Berlin 1910.

H. H. Meyer u. Gottlieb, Lehrbuch der experimentellen Pharmakologie.

L. R. Müller, Klin. u. experim. Studien über d. Innervation d. Blase, d. Mastdarms u. d. Genitalapparates, 1901. D. Zeitschr. f. Nervenkrankh.

G. Nobl, Über seltene Komplikationen d. Blennorrhöe. Jahrb. der Wiener Krankenanstalten II, 1893.

G. Nobl, Zur kausal. Ther. d. Blennorrhöe. Zentralbl. d. ges. Ther., 1899.

G. Nobl, Techn. Beiträge zur Irrigationsbehandlung d. Harnröhrenerkrankungen. Wiener med. Wochenschr., 1899.

G. Nobl, Path. d. blenn. u. vener. Lymphgefäßerkrankungen. Monographie, Deuticke, Leipzig-Wien, 1901.

G. Nobl, Zur Histologie d. blenn. Deferent. u. Epididymitis. Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 67, Heft 2.

Digitized by Google

(Name gesetzlich geschützt)

Energisch wirkendes inneres Antiluetikum

In Originalschachteln mit 50 Mergalkapseln, deren jede 0,05 g cholsaures Quecksilber und 0,1 g Tannalbin enthält

Literatur und Versuchsproben gratis

(Name gesetzlich geschützt)

Bewährtes

Heilmittel der Schwefeltherapie

bei

Hautkrankheiten, Verbrennungen Frauenleiden, Rheumatismus usw.

Originalpackungen:

Thiol liquidum in Blechdosen zu 50 und 100 g, 1/4, 1/2 und 1 kg
Thiol siccum in Originalgläsern zu 25, 50 u. 100 g, 1/4, 1/2 u. 1 kg

Literatur und Proben kostenlos

J. D. RIEDEL A.-G., BERLIN N 39

Digitized by Google

Für die

dermatologische Praxis

sehr empfehlenswert sind unsere **Sapene.** Es sind dies von der Haut aus **sehr leicht** und **völlig resorbierbare,** für **externen** Gebrauch **absolut harmlose flüssige Seifen.**

Salizyl-Sapene mit 10 u. 20 % Salizylsäure

gegen **rheumatische Affektionen** aller Arten und **Neuralgien.**

Ichthyol-Sapen

gegen **lokale Erfrierungen** und **Frostbeulen.**

Jod-Sapene mit 3, 6, 10, 20 und 35 % Jod

zur **Tamponade** bei **Fisteln, Abszessen, Ergüssen, kariösen Herden.**

Ferner:

Formaldehyd-Sapen,
Kreosot-Kampfer-Sapen,
Peru-Naphthol-Sapen.

Literatur und Proben gratis.

Krewel & Co., G. m. b. H.
Cöln a. Rhein

Haupt-Detail-Depot für Berlin und Umgegend:
Arkona-Apotheke, Berlin N 28, Arkonaplatz Nr. 5.
Telephon Amt Norden, Nr. 8711.

Digitized by Google

C. Schindler, Über neuere Methoden d. Gonorrhöebehandlung u. d. aktive Immunisierung m. Gonokokkenvakzin. Berl. klin. Wochenschr., 1910, Nr. 40.
C. Schindler, Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der automatischen Bewegungen des Uterus usw. Arch. f. Gynäk., Bd. 87.
C. Schindler, Die Bedeutung unwillkürlicher Muskelkontraktionen und deren Abhängigkeit vom Atropin für die Pathol. u. Therapie der Blennorrhöe des Mannes.

Zur Frage über den Einfluß der rituellen Beschneidung auf die Ansteckung mit venerischen (weichen und harten) Affektionen.

Von

Priv.-Doz. Dr. P. A. Pawlow, Moskau.

(Übersetzt von Dr. L. Golodetz, Hamburg.)

Obgleich die Frage über die Bedeutung der rituellen Beschneidung in bezug auf die Ansteckung mit venerischen Krankheiten (resp. Syphilis) bereits seit langer Zeit erörtert wird, existiert immerhin noch keine bestimmte Ansicht über diese Operation. Während einige Ärzte (Reverdin, Linghart, Tilmann, Erichsen) (1) diese Operation für so zweckmäßig halten, daß sie sie mit Nachdruck als eine obligatorische Maßregel empfehlen, verhalten sich ihr gegenüber andere, wie z. B. Lewin (2), ablehnend.

Ein derartiger Widerspruch rührt nach der auch von mir geteilten Ansicht von W. A. Manassein davon her, daß viele Autoren ihre Behauptung nicht durch statistische Angaben, die doch allein die Streitfrage entscheiden können, stützen. Manassein legt daher den meisten Wert auf ein sich auf diesen Gegenstand beziehendes umfangreiches statistisches Material.

Die Frage über die sanitäre Bedeutung der rituellen Beschneidung interessierte mich bereits in den ersten Jahren meiner ärztlichen Tätigkeit, als sich meine Aufmerksamkeit auf die auffällige Erscheinung richtete, daß im allgemeinen die weichen und harten Schanker der Geschlechtsteile unvergleichlich häufiger bei unbeschnittenen (Christen) als bei beschnittenen Personen (Juden und Mohammedanern) auftreten. Es schien also, daß die Beschnittenen weniger häufig venerische Affektionen erwarben als die Nichtbeschnittenen. Um diese Beobachtung auf ihre Richtigkeit zu prüfen, war ich in meiner weiteren Praxis immer bestrebt, möglichst genau die Lagerung der venerischen Erkrankungen auf den Geschlechtsteilen bei den Personen der einen und der anderen Gruppe zu kennzeichnen. Auf diese Weise sammelte ich innerhalb 20 Jahren

Digitized by Google

ein beträchtliches statistisches Material, welches ich nun veröffentliche, um der Lösung der hier angeschnittenen Frage näher zu kommen [1]).

Ich teilte sämtliche venerisch erkrankten Patienten, die sich an mich wandten, je nach ihrer Nationalität in zwei Gruppen ein: A. Unbeschnittene (Christen) und B. Beschnittene (Juden und Mohammedaner). In jeder dieser Gruppen machte ich absichtlich keine Trennung zwischen weichen und harten Affektionen der Geschlechtsteile, sondern sammelte alle beide Formen unter einer Rubrik „Venerische Affektionen", da ich der Ansicht war, daß bei der Entscheidung der Frage über die sanitäre Bedeutung der Beschneidung nicht die Form, sondern die Häufigkeit der Erkrankung in der einen oder der anderen Gruppe von Wichtigkeit ist. Der Charakter der Affektionen (ob weich oder hart) konnte beim Verkehr mit Prostituierten von irgend welchen Zufälligkeiten abhängen.

Als ich an die Sichtung des statistischen Materials ging, mußte ich außerdem von vornherein für beide Gruppen eine gleichartige Vergleichseinheit festsetzen, da ohne eine solche die absoluten Zahlen der Erkrankungsfälle einerseits unter Christen, andererseits unter Juden nichts besagen würden. Als Vergleichseinheit wählte ich, ebenso wie es Hutchinson tat, die Zahl der Gonorrhöeerkrankungen in der einen wie in der anderen Gruppe, indem ich von der Überlegung ausging, daß die An- oder die Abwesenheit der Vorhaut nur bei der Ansteckung von venerischen Affektionen eine Bedeutung haben kann, dagegen bei Gonorrhöeerkrankung keine Rolle spielt, so daß sowohl Beschnittene als Unbeschnittene in gleicher Weise zu solcher Erkrankung prädisponiert sind. Die Entgegnung, daß die Beschnittenen und Unbeschnittenen nicht in gleicher Weise der Ansteckungsgefahr von Gonorrhöe und anderen venerischen Krankheiten ausgesetzt sind, wird durch den Umstand widerlegt, daß die Mehrzahl meiner Patienten zu den ständigen Einwohnern Moskaus gehört und daß beim Verkehr mit Prostituierten die gleiche Ansteckungsgefahr für die eine oder die andere Quelle der venerischen Erkrankungen vorhanden war. Der andere Einwand, daß die Juden infolge ihrer besonderen Lebensweise weniger an Geschlechtsleiden erkranken, ist ebenfalls nicht stichhaltig, da nach Hutchinson und Kanelski (2) die Juden durchaus kein enthaltsameres Leben führen als die Christen.

Indem ich von diesen Betrachtungen ausging, berechnete ich in jeder der beiden Gruppen das Verhältnis der venerischen Leiden zu Gonorrhöe und diese Verhältniszahl galt für mich als der Ausdruck des Erkrankungsgrades für venerische Affektionen in der einen oder der

---

[1]) Ich habe darüber bereits im Russkij Wratsch, 1911, 10 etwas ausführlicher berichtet.

Digitized by Google

anderen Gruppe. In Anbetracht der bekannten Tatsache, daß solche häufig vorkommende nichtvenerische Erkrankungen der Geschlechtsteile bei Männern, wie Balanitis, Balanoposthitis usw., die zu Epidermisabschälung und Narbenbildung Anlaß geben, gerade dadurch zu venerischen Affektionen besonders prädisponieren, sonderte ich diese lokalen Erkrankungen sowohl bei Christen als auch bei Juden in eine besondere Rubrik ab, um zu zeigen, wie die Entfernung der Vorhaut bei Beschnittenen direkt oder indirekt den Grad der Erkrankung an den genannten nichtvenerischen Krankheiten beeinflußt und inwiefern dadurch die Ansteckungsmöglichkeit für venerische Krankheiten herabgedrückt wird.

Ich führe nun die von mir gesammelten Daten an:

A.	Anzahl der unter meiner Beobachtung gestandenen Unbeschnittenen (Christen)	7065
davon	1. nichtvenerische Erkrankungen der Geschlechtsteile	1108
	2. Gonorrhöe und deren Komplikationen	3289
	3. harter und weicher Schanker	1773
	4. Syphilis mit unbestimmter Lage des Primäraffektes	895
B.	Beschnittene (Juden und Mohammedaner) im Ganzen	412
davon	1. nichtvenerische Erkrankungen	21
	2. Gonorrhöe und deren Komplikationen	299
	3. harter und weicher Schanker	70
	4. Syphilis mit unbestimmter Lage des Primäraffektes	22

Nimmt man als Vergleichszahl in beiden Gruppen die Zahl der Gonorrhöeerkrankungen an und vergleicht diese Zahl mit derjenigen der Erkrankungen an den übrigen venerischen Affektionen, so erhält man folgende Verhältnisse:

A. Unter Unbeschnittenen (Christen):

1. Verhältnis von hartem und weichem Schanker zu Gonorrhöe 1773 : 3289 = 0,538
2. Verhältnis v. Syphilis mit unbestimmter Lage des Primäraffektes zu Gonorrhöe 895 : 3289 = 0,272
3. Prozentsatz lokaler Erkrankungen von der Gesamtzahl der Kranken 1108 : 7065 = 15,68%

B. Unter Beschnittenen (Juden und Mohammedanern):

1. Verhältnis von hartem und weichem Schanker zu Gonorrhöe 70 : 299 = 0,234
2. Verhältnis v. Syphilis mit unbestimmter Lage des Primäraffektes zu Gonorrhöe 22 : 299 = 0,073
3. Prozentsatz lokaler Erkrankungen von der Gesamtzahl der Kranken 21 : 412 = 5,09%

Digitized by Google

Ein Vergleich der angegebenen Verhältnisse für die beiden Gruppen ergibt folgendes Bild:

	A. Unbeschnittene	B. Beschnittene
Prozentsatz nichtvenerischer Erkrankungen der Geschlechtsteile	15,68%	5,09%
Verhältnis von hartem und weichem Schanker zu Gonorrhöe	0,538	0,234
Verhältnis von Syphilis mit unbestimmter Lage des Primäraffektes zu Gonorrhöe	6,272	0,073

Der Vergleich der Zahlen in der Tabelle bestätigt die längst bekannte Tatsache, daß bei Beschnittenen nichtvenerische Krankheiten (Balanitis, Balanoposthitis, Papillomata usw.) fast ganz fehlen und zeigt ferner, daß die Erkrankungen an hartem und weichem Schanker und Syphilis bei Beschnittenen ungefähr dreimal so selten vorkommen als bei Unbeschnittenen. Diese Tatsache ist ohne Zweifel in direkten Zusammenhang mit der unbedeutenden Ansteckungsfähigkeit der Beschnittenen für lokale, nichtvenerische Erkrankungen der Geschlechtsteile, wie sie aus einem einfachen Vergleich der betreffenden Zahlen in der Tabelle hervorgeht, zu bringen.

Die sich aus meinen statistischen Angaben ergebende geringere Erkrankung der Juden an venerischen Affektionen im Vergleich zu Christen stimmt völlig mit den früher von Hutchinson und später von H. Breitenstein (3) in bezug auf Syphilis unter den Eingeborenen (Mohammedanern) und dem europäischen Militär der ostindischen Armee gewonnenen Daten überein. Die genannten Autoren erklären ebenfalls die geringere Erkrankungszahl für Syphilis bei den Beschnittenen gegenüber den Unbeschnittenen durch das Fehlen der Vorhaut.

Was die unbedeutende Zahl der Syphilisfälle mit unbestimmter Lage des Primäraffektes bei Beschnittenen (fast viermal weniger als bei Unbeschnittenen) anbetrifft, so kann dieser Umstand mit der ebenfalls geringeren Häufigkeit der Ansteckung für Syphilis zusammenhängen. Andererseits aber muß berücksichtigt werden, daß die Juden als kulturelleres Element unter der Gesamtmenge der Kranken die ärztliche Hilfe in einem früheren Stadium anriefen, wo es leicht ist, die genaue Lage des Primäraffektes zu bestimmen, und daß daher unter ihnen nur wenige Fälle mit unbestimmter Lage des Primäraffektes waren.

Betreffs der sehr wichtigen Frage, auf welchen Stellen der Geschlechtsorgane die weichen und harten Schanker bei den Vertretern der einen und der anderen Gruppe gesessen haben, gibt die folgende Tabelle Auskunft:

Digitized by Google

	A. Unbeschnittene		B. Beschnittene	
	Zahl der Beobachtungen	%	Zahl der Beobachtungen	%
1. Lippen und Umgebung der Öffnung des Harnkanals	40	2,2	2	2,8
2. Eichel	94	5,3	4	5,7
3. Vorhaut, Narbe an deren Stelle (bei Beschnittenen), Kranzfurche	1549	87,3	27	38,5
4. Schwellkörper des Gliedes	69	3,8	25	35,7
5. Übergang der Haut des Gliedes zum Hodensack	10	0,5	10	14,2
6. Hodensack	11	0,6	2	2,8
zusammen	1773		70	

Betrachtet man die Tabelle, so fallen folgende Tatsachen auf: in der Gruppe A (Unbeschnittene) herrschen hauptsächlich Affektionen der Vorhaut und der Kranzfurche vor (87,3%); demnach sind diese Stellen die empfänglichsten für die Ansteckung mit den beiden Arten des Schankers, Auf alle anderen Stellen der Geschlechtsteile entfallen nur 12,4% der venerischen Affektionen. Wendet man sich zu den statistischen Daten der anderen Autoren (Fournier, Clerc, Berkeley Hill (4), so stellt sich heraus, daß auch bei ihnen auf diese Stellen die größte Zahl der harten Affektionen kommt (73,3%). Diese Tatsache zeigt zur Genüge, welch große Bedeutung für venerische Ansteckungen solche lokale Erkrankungen, wie Balanitis sowie verschiedene geringfügige Abschürfungen, welche am meisten auf dem innern Blatt der Vorhaut und auf der Kranzfurche bei Unbeschnittenen anzutreffen sind, besitzen.

Betrachtet man die zweite Hälfte der Tabelle (Beschnittene), so fällt es auf, daß die Zahlen der ersten zwei Reihen den betreffenden Zahlen in der ersten Hälfte der Tabelle (A. Unbeschnittene) ziemlich nahekommen und nur um ein weniges übertreffen. Daraus geht hervor, daß die Beschneidung an und für sich die Eichel und die an der Mündung des Harnkanals angrenzenden Teile desselben vor Ansteckung mit venerischen Krankheiten durchaus nicht schützt; im Gegenteil, sie führt anscheinend zu einer etwas häufigeren Ansteckung dieser Teile. In dieser Beziehung stehen meine statistischen Daten in einigem Widerspruch mit der Behauptung von Heller (4), wonach die durch die Beschneidung bedingten Veränderungen an der Bedeckung der Eichel, welche nach seinen histologischen Untersuchungen zu einer verstärkten Entwicklung des Rete Malpighi und zur Abscheidung einer bedeutenden Menge Fett aus denselben führen, keine Bildung von Trockenheit an der Haut des Kopfes zur Folge haben, wodurch weiterhin oberflächliche, für die Ansteckung

Digitized by Google

so günstige Risse entstehen könnten. Die aus meiner Statistik hervorgehenden Daten lassen sich im Gegenteil durch größere Trockenheit der Haut an der Eichel bei Beschnittenen und größere Möglichkeit des Entstehens von irgend welchen Rissen erklären. Schon früher machte Lewin auf diesen Umstand aufmerksam, indem er auf den vor Rissen schützenden Einfluß des Talges, welcher von der Vorhaut ausgeschieden wird, hinwies und daraus den Schluß zog, daß durch die Beseitigung der Vorhaut die Eichel trockener und beim Geschlechtsverkehr eher verletzt werden kann.

Die Zahlen der dritten Reihe bei Unbeschnittenen, 87,3%, die das Verhältnis der venerischen Affektionen der Vorhaut und der Kranzfurche zur Gesamtsumme der Affektionen an den Geschlechtsteilen ausdrückt, übertrifft mehr als das Doppelte die entsprechende Zahl bei Beschnittenen (38,5%). Obgleich sie den obenerwähnten Einfluß der Vorhaut auf die Ansteckung venerischer Affektionen durch Geschlechtsverkehr völlig bestätigt, darf man jedoch andererseits nicht verkennen, daß bei Beschnittenen die Zahl dieser Reihe (38,5%) unter den Zahlen der anderen Abteilungen dieser Gruppe immerhin die größte ist. Das bedeutet nach meiner Ansicht, daß trotz der Entfernung der Vorhaut und somit Vorbeugung solcher lokaler Erkrankungen, wie Balanitis, Balanoposthitis usw., dennoch auch bei den Beschnittenen das Gebiet der Kranzfurche sowie die nach der Beschneidung zurückbleibende Narbe die empfänglichsten Orte für geschlechtliche Ansteckung zu sein scheinen. Darauf macht auch Lewin aufmerksam, indem er die Kranzfurche infolge ihrer besonderen anatomischen Bedingungen als die für die Ansteckung gefährlichste Stelle hinstellt. Einerseits ist hier die dünne Haut mürbe und beweglich, andererseits schließt diese Haut eng dem Gewebe der Eichel an, und daher sind die Umstände für die Entstehung von Rissen und Abschürfungen während des Koitus verhältnismäßig günstig, namentlich beim Fehlen von Einfettung. Ferner begünstigt bei Beschnittenen das Narbengewebe, welches die Kranzfurche ringförmig umgibt, ebenfalls die Bildung von Rissen.

Die Zahl dieser Reihe in der Gruppe B zeigt also, daß die rituelle Beschneidung der Vorhaut, wenn sie auch indirekt in hohem Maße die Ansteckungsgefahr durch Geschlechtsverkehr vermindert, dennoch keineswegs vor venerischer Ansteckung der empfindlichsten Stellen der Geschlechtsteile schützt.

Wenn auch die dritte Reihe der Gruppe B (Beschnittene) eine Verminderung der Erkrankung an venerischen Leiden unter den Beschnittenen als indirekte Folge der Beschneidung aufweist, so zeigen jedoch die Zahlen der nächsten Reihen dieser Gruppe die umgekehrte, Schattenseite des

Digitized by Google

Einflusses der rituellen Beschneidung auf die geschlechtliche Ansteckung. So ist in der vierten Reihe der Gruppe B der Prozentsatz der venerischen Affektionen auf dem Schwellkörper des Penis gegenüber der Gesamtzahl der Erkrankungen gleich 35,7 und kommt der vorhergehenden Zahl (38,5) sehr nahe. Diese Zahl übertrifft bei der verhältnismäßig kleinen Menge der beobachteten Fälle um das Zehnfache diejenige der entsprechenden Reihe der ersten Hälfte der Tabelle (A. Unbeschnittene), wo sie nur 3,8 beträgt. Daraus geht hervor, daß der Schwellkörper des Gliedes bei Beschnittenen unvergleichlich häufiger von venerischen Affektionen betroffen wird als bei Unbeschnittenen.

Verhältnismäßig hoch erscheint auch die Zahl der fünften Reihe der zweiten Hälfte der Tabelle (B. Beschnittene), die 14,2% erreicht. Sie ist fast 30mal so groß wie diejenige der entsprechenden Reihe in der ersten Hälfte (A) der Tabelle.

Was endlich die letzte Reihe der Gruppe B — venerische Erkrankungen des Hodensacks — anbetrifft, so ist zwar die Zahl an und für sich nicht groß (2,8%), aber dennoch fünfmal so groß wie bei A (Unbeschnittene). In Anbetracht der äußerst geringen Anzahl der Fälle dieser Art (2), wäre es natürlich gewagt, daraufhin weitere Schlüsse zu ziehen. Ich glaube jedoch, daß man das Ergebnis — 2,8% — nicht auf einen Zufall zurückführen sollte und daß die Größe dieser Zahl sowie derjenigen der beiden vorhergehenden Reihen (4 und 5) bei Beschnittenen durch Ursachen allgemeiner Natur bedingt ist.

Eine dieser Ursachen liegt ohne Zweifel in der erwähnten Trockenheit der Haut der Geschlechtsteile bei Beschnittenen, welche zu Sprüngen und Rissen durch den Geschlechtsverkehr Veranlassung geben kann. Eine andere wichtigere Ursache ist vielleicht darin zu erblicken, daß bekanntlich die Haut des Gliedes bei Beschnittenen, im Vergleich zu Unbeschnittenen, wegen des Fehlens der Vorhaut eine größere Dehnung bei der Erektion erfährt, und daher können hier während des Koitus eher verschiedene Abschürfungen entstehen, die nun als Eintrittspforte für etwaige Infektionserreger dienen. Auch kann bei Beschnittenen die größere Dauer des Geschlechtsakts das Entstehen von Abschürfungen begünstigen, da nach Niemeyer (5) die Entfernung der Vorhaut eine verminderte Empfindlichkeit der Eichel zur Folge hat, wodurch der Geschlechtsakt bei Beschnittenen stets länger andauert als bei Unbeschnittenen.

Vergleicht man die obigen Ausführungen über die Vorteile und Nachteile der rituellen Beschneidung in bezug auf venerische Erkrankungen durch Geschlechtsverkehr, so muß man auf Grund der statistischen Daten feststellen, daß wenn auch unter den Beschnittenen die Ansteckung für

Digitized by Google

venerische Affektionen eine geringere ist als bei Unbeschnittenen, so ist das fast ausschließlich auf den Umstand zurückzuführen, daß bei Beschnittenen infolge des Fehlens der Vorhaut keine Phimose vorkommt und ferner keine lokalen geschlechtlichen Erkrankungen beobachtet werden, wie sie nur bei Vorhandensein der Vorhaut und namentlich bei Phimose eintreten können. An und für sich verursacht jedoch die Beschneidung, da sie eine große Narbe hinterläßt und in dem Bau der Haut auf den Geschlechtsteilen Veränderungen hervorruft, die zu Trockenheit führen, die Möglichkeit einer leichteren Verletzbarkeit der Haut durch Geschlechtsverkehr und einer leichteren Ansteckung für venerische Gifte an solchen Stellen der Geschlechtsteile, die bei Unbeschnittenen viel seltener erkranken. Von diesem Standpunkte aus kann man meiner Ansicht nach die rituelle Beschneidung keineswegs als eine Operation betrachten, die vor Ansteckung gegen venerische Affektionen (Syphilis) schützt und die man als obligatorische Maßregel empfehlen sollte. In dieser Hinsicht möchte ich an die Antwort erinnern, die Lewin den Anhängern der obligatorischen Beschneidung gab, nämlich, daß solche Krankheiten, wie Balanitis, die ja meistens durch Verunreinigung entstehen, am besten durch Förderung von Reinlichkeitsliebe im Volke bekämpft werden. In diesem Sinne muß man Selenew recht geben, welcher den Nutzen der rituellen Beschneidung als prophylaktische Maßregel gegen venerische Ansteckung bezweifelt und die Frage aufwirft, ob nicht die saubere und hygienische Behandlung der Geschlechtsteile die Beschneidung ersetzen könnte? Ich glaube, daß jetzt, wo Metschnikow, Neisser (6) und andere von neuem die Bedeutung und die Zweckmäßigkeit der verschiedenen Vorbeugungsmittel gegen Syphilis bewiesen haben, die obligatorische Beschneidung als prophylaktische Maßregel gegen venerische Ansteckung weniger Anhänger haben müßte als früher.

Literatur:

1. Realenzyklopädie der Medizin von Eulenburg und Afanasiew, 1895, Bd. 13.
2. Lewin, Monatshefte für prakt. Dermat., 1892, Bd. 14, S. 532.
3. Breitenstein, Dermatologisches Zentralblatt, 1903—1909.
4. Heller, Monatshefte für prakt. Dermatologie, 1892, Bd. 14, 11.
5. Niemeyer, Realenzyklopädie, Bd. 13.
6. Neisser, Die experimentelle Syphilisforschung, Berlin 1906.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Zentralblatt.

Bd. 15, Nr. 3, Dez. 1911.

1. Behandlung des Naevus vasculosus mit Kohlensäureschnee, von D. Friedlander-San Franzisko. Verf. faßt seine Erfahrungen in folgenden Schlußfolgerungen zusammen: „Wir besitzen in dem Kohlensäureschnee ein einfaches, wirksames, verhältnismäßig schmerzloses, unblutiges und sicheres Mittel gegen den Naevus vasculosus, welches jedem anderen Heilverfahren weit vorzuziehen ist wegen seiner Schnelligkeit, Leichtigkeit der Ausführung für den Operateur, Beschwerdelosigkeit für den Patienten. Und da die Mehrzahl dieser Patienten Kinder sind, so sind Schmerzlosigkeit und Schnelligkeit von höchster Wichtigkeit. Ferner kann der kosmetische Erfolg nicht übertroffen werden, und bei jenen Fällen, wo eine radikale Heilung unerreichbar ist, stellt dies Verfahren eine wirksame Methode zur Verringerung der Verunstaltung dar, welche dem Patienten so viel Ungelegenheit und Kummer verursacht." Verf. stellt nach einem kurzen Überblick über die Literatur strikte Indikationen für die Anwendung der Kohlensäure auf und macht technische Angaben über die Art der Anwendung.

2. Ulcera varicosa. Ihre Behandlung mit Berücksichtigung der Indikationsstellungen, von Franz Fischer-Düsseldorf. Der aus dem letzten Heft fortgesetzte Artikel behandelt die Anwendung und Wirkung anästhetischer Mittel und gibt die Richtlinien für die Behandlung größerer vernachlässigter Geschwüre, besonders solcher mit demarkierten Nekrosen und anderer tiefer greifender mit hartem, bindegewebig schwartigem gelbweißem Grunde, bei denen die Behandlung vielfach chirurgische Maßnahmen nötig macht. W. Lehmann-Stettin.

The British Journal of Dermatology.

Dezember 1911.

Ekzematöser Ringwurm der Extremitäten und Leistengegend, spezielle Diskussion der Dermatologischen Sektion der Royal Society of Medecine, 16. Nov. 1911. Arthur Whitfield gab als erster Redner einen historischen Überblick über diese von Hebra im Jahre 1860 Ekzema marginatum bezeichnete Hautaffektion, die aber schon Devergie gekannt haben soll, und die folgenden Jahre zwar den meisten Dermatologen, aber nur in ihrer Lokalisation auf die Leistengegend bekannt war. Wh. teilt sie in drei Haupttypen: 1. den akuten vesikulös-bullösen, 2. den chronisch intertriginösen der Zehen und 3. den chronischen mit Hyperkeratose verbundenen der Handteller und Fußsohlen. Der zweite Typus ist nach seiner Erfahrung immer sekundär nach einem mehr oder weniger akuten Anfall und außerordentlich langwierig und schwer zu heilen. Die Eruption nimmt die Form einer weißen, gedunsenen Epithelmasse zwischen den Zehen an, mit mehr oder weniger scharfer Begrenzung und leichter Bläschenbildung am Dorsalrande der Zwischenphalangenhaut. Die Dauer des Leidens ist eine außerordentlich verschiedene, aber in den meisten der intertriginösen und mit Hyperkeratose verbundenen Fällen, welche Wh. beobachtet hat, betrug sie eine beträchtliche Anzahl von Jahren, die längste Zeit über 20 Jahre. Die Komplikationen des Hautleidens scheinen auf Sekundärinfektion, durch pyogene Mikroorganismen verursacht und mit Lymphangitis verbunden, zu beruhen, und äußern sich vor allem auch durch Bildung eitriger Blasen (besonders randständiger bei der hyperkeratotischen Form). Was die Häufigkeit der Eruption betrifft, so bildet sie nach Wh.s Beobachtungen, die bereits 15 Fälle umfassen,

Digitized by Google

die absolut numerische Mehrzahl der Fälle ekzematösen Ausschlages, der auf Handteller und Fußsohlen beschränkt ist, also keineswegs eine reine pathologische Seltenheit. Die Diagnose liegt in dem mikroskopischen Nachweis des Pilzes, der aber nicht immer leicht ist. Zwei Methoden, die eine mit Kalilauge, die andere mit Methylenblaufärbung, sind hierzu geeignet. Die Reinkulturen sind verschieden, je nach der Natur des ursächlichen Pilzes; Wh. hat zwei verwandte Epidermophytenarten konstatieren können. Therapeutisch bewährte sich eine Salbe von Acid. benzoicum (5%) und Acid. salicylicum (3%) in Paraffinum liquidum und Kakaonußöl; wenn diese Salbe versagen sollte, ist Chrysarobin in der einen oder anderen Form anzuwenden, das im allgemeinen ein wirksameres Mittel zu sein scheint. Immerhin ist es gut, mehrere Hilfsmittel zu besitzen, da die Wirkung rasch nachläßt, wenn der Ringwurm nicht rasch geheilt wird.

Der zweite Berichterstatter, Sabouraud, kommt zu folgenden Schlüssen: Der Typus des ekzematösen Ringwurms ist das Ekzema marginatum Hebrae, verursacht vom Epidermophyton inguinale; sein primärer und Hauptsitz ist die Leistenbeuge, aber es bewirkt oft eine sogenannte Intertrigo der Füße und selten ekzematöse Veränderungen an den Händen. Eine analoge, aber durch das Trichophyton rubrum Castellanis (Epidermophyton purpureum Bangs) verursachte Ringwurmaffektion zeigt über den ganzen Körper verbreitete Eruptionen; dieser Parasit scheint exotischen Ursprungs zu sein. Neben diesen beiden Pilzen können noch verschiedene andere zu chronischem trockenem Ringwurm der dicken Hornschicht der Epidermis, von Djelaleddin-Mouktar an Fußsohlen und Handtellern beschrieben, Veranlassung geben; die gewöhnliche Ursache sind Trichophyton violaceum und Trichophyton acuminatum. Schließlich ist am Handrücken Ringwurm ziemlich gewöhnlich, und zwar meist eitriger Natur, und verursacht durch die pyogenen Trichophyten der Mikroidesgruppe (Typen Trichophyton gypseum und niveum). Es kommt jedoch an Hand-, Daumenrücken und Vorderarm ein hartnäckiges, wenig nässendes Trichophytonekzem vor, das kein Ringwurm ist und bei welchem das Aussehen der Frühveränderungen die objektive Unterscheidung ermöglicht.

In der sehr ausgedehnten Diskussion erwähnte Pringle, er habe 8 Fälle von ekzematösem Ringwurm der Leisten- und Achselgegend beobachtet, vier davon betrafen Frauen. In 4 Fällen war die Art der Ansteckung eine offenkundige. Vier Epidemien von Ringwurm sind ihm außerdem zur Kenntnis gekommen, u. a. in einem Sanatorium für Lungenkranke, wo 20 Männer, aber keine einzige Frau infiziert wurden, und in einem Knabeninstitut, wo von 13 Insassen 12 die Erkrankung akquirierten. Das Studium dieser verschiedenen Epidemien überzeugte ihn, daß Infektion von Aborten aus in außerordentlich wahrscheinlicher Weise deren Vorkommen und rasche Verbreitung erklären könne. Einen der 8 in der Privatpraxis beobachteten Fälle betraf einen im Bezirk der Goldküste seßhaften Europäer, wo der Fall als Kraw-Kraw diagnostiziert wurde.

Pernet stimmt mit Sabouraud darin überein, daß von der Affektion an der Leiste hauptsächlich Leute aus den besseren Ständen betroffen werden. In einer Reihe von Fällen beobachtete er das Trichophyton bei Personen, die damit beschäftigt gewesen sind, Waren aus Japan auszupacken, ohne daß es ihm gelang, in derselben den Pilz zu finden; jedenfalls ist mit der Möglichkeit einer Infektion von solchen Sendungen aus Japan und anderen östlichen Ländern zu rechnen.

Colcott Fox hat viele Jahre hindurch nur vereinzelte sporadische Fälle in England gesehen, während die Mehrzahl der Fälle von Tinea inguinale aus den heißen Ländern stammten, und ist erstaunt, eine außerordentliche Zunahme der Affektion nun auch in England, wo sie in den großen öffentlichen Schulen, unter den Landoffizieren, aber vor allem in den oberen Schichten der Bevölkerung vorkommt, zu beobachten.

Digitized by Google

Sequeira macht auf einen noch nicht genügend gewürdigten Umstand aufmerksam, nämlich den großen Prozentsatz an Fällen beim männlichen Geschlecht, und glaubt, daß die üble Gewohnheit vieler jungen Leute, keine Unterbeinkleider zu tragen, in hohem Maße zum chronischen Verlauf des Leidens Veranlassung gebe, und die fabrikmäßig hergestellten Beinkleider oft die primäre Infektionsquelle bildeten.

Graham Little machte gleich vielen anderen die Erfahrung, daß die Fälle von Ekzema marginatum hauptsächlich in den östlichen Staaten ihren Ursprung haben.

Gray möchte 2—3 Fälle aus einer kleinen Epidemie von Ekzema marginatum erwähnen, welche in einem Knabeninstitut vorkamen und wo gemeinsame Benutzung eines Badetuches wahrscheinlich die Übertragung und ein besonders hartnäckiger, Jahre dauernder Fall die Infektionsquelle bildete.

Im Schlußworte hob Malcolm Morris als Präsident hervor, wie wichtig die in der Debatte erwähnten Punkte für die öffentliche Gesundheitspflege seien und daß er selbst weitaus die meisten Fälle in öffentlichen Schulen beobachtet habe; die üble Gewohnheit, die Unterbeinkleider wegzulassen, trage jedenfalls in hohem Maße zu wiederholter Infektion bei. Die Übertragung von der Leistengegend auf die Arme usw. geschieht durch Kratzen, da diese Form von Ekzema marginatum außerordentlich reizend ist, wie M. Beobachtungen an einer Epidemie in einem Lungensanatorium lehrten, ebenso, daß in erster Linie eine große Anzahl von Fällen aus Südafrika, Indien und Ceylon stammten, der Beginn ein außerordentlich insidiöser ist und vor allem Leute der besseren Kreise befallen werden. Stern-München.

Verhandlungen der „Royal Society of Medicine".

Dermatological Section.

Band 5, Nr. 1.

Sitzung vom 19. Oktober 1911.

Onychia sicca syphilitica im Verein mit universeller Alopekie (Typus der Alopecia areata), von H. G. Adamson. Es handelte sich um eine 47jährige, seit 16 Jahren verheiratete Frau. Die Onychie, welche jetzt sämtliche Nägel ergriffen hat, besteht erst seit 6 Monaten, während das Ausfallen der Haare schon vor 15 Jahren einsetzte und im Laufe von 2 Jahren zu totaler Kahlheit geführt hat.

Granuloma annulare bei einem 2½jährigen Knaben, von J. L. Bunch. Wie das beigefügte Photogramm erkennen läßt, bestanden auf dem Fußrücken des Kindes zweifache charakteristische Läsionen.

Zwei selbständige primäre Neubildungen am Gesicht bei einer 72jährigen Frau, von denen die eine pigmentiert, die andere pigmentfrei war, von W. Fox. Die pigmentfreie, karzinomatöse Neubildung hatte sich vor etwa 15 Jahren auf einer kongenitalen weißen Mole zu entwickeln begonnen; die pigmentierte, ebenfalls karzinomatöse Geschwulst der anderen Wange war etwas später, zunächst als ein dunkler, sommersprossenähnlicher Fleck hervorgetreten.

Darierasche Krankheit bei einer 30jährigen verheirateten Frau, von W. Fox. Anfangs machte die Affektion den Eindruck einer Seborrhöe mit kleinen seborrhoischen Warzen, doch wurde durch die Biopsie die Diagnose sichergestellt. Seit der vor 3 Jahren erfolgten Verheiratung ist das Leiden entschieden schlimmer geworden.

Blennorrhagische Keratodermie bei einem jungen Manne, von E. G. G. Little und S. R. Douglas. Bei dem 30jährigen Patienten, der wegen blennorrhoischer Urethritis und Arthritis zur Aufnahme kam, fanden sich an den Fußsohlen die konischen, durch-

Digitized by Google

scheinenden, hornartigen Erhebungen in großer Anzahl. Injektionen mit einer Gonokokkenvakzine wirkten günstig.

Ein Fall von Hämochromatosis bei einem Diabetiker, von E. G. G. Little. Der 36jährige Patient gibt an, schon vor 18 Jahren eine dunkle Verfärbung der Haut an verschiedenen Stellen, Gesicht, Händen, Achselhöhlen usw., bemerkt zu haben; vor etwa drei Monaten erst fing er aber an abzumagern, und es wurde bald darauf Glykosurie (2—3%) konstatiert.

Fall von Dermatitis artefacta, von E. G. G. Little. Ein 12jähriges, schon mehrmals menstruiertes Mädchen bietet an den Armen und Händen seit einiger Zeit Läsionen dar, welche wahrscheinlich durch Reiben mit einem angefeuchteten Finger hervorgerufen werden. Der weiche Gaumen und Rachen sind total anästhetisch.

Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little. Es handelte sich um Schwellungen an verschiedenen Körperstellen bei einer 60jährigen Frau mit Ausgang teilweise in kritiformen Ulzerationen mit indurierter schmerzhafter Basis. Bisher konnte eine bestimmte ätiologische Diagnose nicht festgestellt werden.

Fall von Hämorrhagie an der Matrix und dem Nagelbett der Fingernägel, von J. M. H. Mac Leod. Ein 43jähriger, etwas kachektischer Mann, mit einem Herzfehler behaftet, fühlte einige Stunden nach längerem Hantieren in sehr heißem, sodahaltigem Wasser einen lebhaften Schmerz an den Fingerspitzen und bemerkte zwei Tage später, daß die Nägel anfingen, blutunterlaufen zu werden. In sehr kurzer Zeit wurden sämtliche Fingernägel in dieser Weise affiziert.

Fall von Elefantiasis der Lippe, von G. N. Meachen. Die Ätiologie der Affektion, welche die linke Hälfte der Oberlippe bei der 28jährigen Dame ergriffen hat, erscheint zweifelhaft.

Tuberkulide bei einem 5jährigen Mädchen, von J. H. Sequeira. In mancher Hinsicht würde der Befund bei den ziemlich zahlreichen Läsionen für Tuberculosis verrucosa sprechen.

Bemerkungen zur Ätiologie der Lepra, von W. Turner. Verf. berichtet über einen Fall von unzweifelhafter, durch den Nachweis des Leprabazillus erwiesener Lepra tuberosa bei einem 47jährigen Manne, der beim Eintritt der ersten leprösen Symptome schon 19 Jahre in der Irrenanstalt zu Gibraltar interniert gewesen war. T. findet keine andere Erklärung für die Entstehung der Krankheit, als etwa den Genuß von Fischnahrung in Übereinstimmung mit der Theorie von J. Hutchinson.

Section for the Study of Disease in Children.

Sitzung vom 27. Oktober 1911.

Sklerodermie im Verein mit Myositis fibrosa, von F. Langmead. Das jetzt ein Jahr und acht Monate alte Kind wurde vor etwa einem Jahr in der Gesellschaft mit ganz ähnlichen Erscheinungen demonstriert. Seitdem ist nach zeitweiliger Besserung der Zustand erheblich verschlimmert. Außer der Hautaffektion ist auch eine ausgebreitete, durch Starre der Muskulatur sich dokumentierende Myositis nachzuweisen. Redner schließt sich der Ansicht Nixons an, daß es sich um eine Infektion handelt, welche die Haut, Muskeln und auch die serösen Häute zugleich befallen kann.

Sklerema, von F. Langmead. Als Gegenstück zu dem vorhergehenden Fall demonstriert L. ein zehn Monate altes Kind mit Skleremveränderungen an den Wangen und Beinen. Die abnorme Härte wurde im Monat Juni im Anschluß an eine Attacke von Darmkatarrh zuerst bemerkt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Actas dermo-sifiliográficas.

(3. Jahrgang, Juni-Juli 1911, Nr. 5.)

Verhandlungen der spanischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie, Sitzungen der Monate Juni und Juli 1911.

Pyodermitis vegetans postimpetiginosa, von Juan de Azúa. Im Anschluß an eine artefizielle Dermatitis der Hände bildeten sich bei einem 54jährigen Manne am Handrücken Phlyktänen, die austrockneten und sich mit einer Kruste bedeckten. An der Peripherie dieser Krusten bildeten sich wieder neue Phlyktänen, und an der Stelle der alten entstanden in 2—3 Monaten papillomatöse Wucherungen. Ähnliche Läsionen bildeten sich wahrscheinlich durch Autoinokulation am Fuß. Mikroskopisch bestanden die Wucherungen aus Plasmazellen, Bindegewebszellen und Leukozyteninfiltration. Diese Zelleninfiltration drängte die Papillen mit dem darüberlagernden Corpus mucosum nach der freien Hautoberfläche, ohne daß es aber zu einer Hypertrophie des Papillarkörpers kam. Follikelzysten und Haartalgfollikel waren in den Präparaten nicht vorhanden.

Ein merkwürdiger Fall von Medullarsyphilis, von J. S. Covisa. Bei einem 34jährigen Kranken traten fünf Monate nach der Infektion und drei Monate nach einer intramuskulären Salvarsaninjektion eine totale linksseitige Fazialisparalyse und eine isolierte Lähmung des rechten Beines auf, zu welchen sich bald noch eine solche des linken Beines und Blasenlähmung gesellte. Das linke Bein war vollständig anästhetisch, das rechte zeigte normale Empfindlichkeit. Nach einer Salvarsaninjektion verschwand die zuletzt aufgetretene Lähmung der linken Seite, die Unempfindlichkeit blieb aber bestehen, so daß nur noch der reine Brown-Sequardsche Symptomenkomplex zurückblieb. Drei weitere Salvarsaninjektionen brachten auch die übrigen Symptome zum Schwinden.

Nachweis des Salvarsans im Urin nach der Methode von Avelin, von S. de la Villa und J. Nonell. Die Verfasser berichten über die Erfolge, die sie mit dieser Methode (Münch. med. Wochenschr., Mai und August 1911) hatten.

Salvarsan und Sarkom, von Alvarez Sainz de Aja. Eine Frau mit ulzeriertem, inoperabeln Lymphosarkom der linken Halsgegend bekam 0,35 Salvarsan intravenös, Es trat eine intensive Herxheimersche Reaktion auf, und das Geschwür reinigte sich. Derselbe Erfolg wiederholte sich nach jeder folgenden Injektion, der Tumor selbst aber wuchs unbehindert weiter.

Ein Fall von sekundärer luetischer Nephritis, von E. Garzia del Mazo. Die Nephritis war bei einer 25jährigen Kranken im ersten Jahre der Infektion aufgetreten und war von sehr starker Eiweißausscheidung begleitet (12—16‰). Wassermann positiv. Heilung durch Quecksilberkuren.

Behandlung der infantilen Syphilis mit Salvarsan, von Juan de Azúa. Der Verfasser injiziert Säuglingen äußerst kleine Dosen Salvarsan in einer Verdünnung von 1 auf 500 physiologischer Kochsalzlösung subkutan in den Rücken. Bei einem 2 kg wiegenden Kinde wurden 4, später 8 und 12 mg, bei einem anderen 5, 10 und 15 und einem dritten nur 5 injiziert. Der therapeutische Effekt dieser geringen Dosen war ein ausgezeichneter, auch wurden die Injektionen gut vertragen, außer vom dritten Kinde, welches schon vorher an Darmstörungen litt.

Lupus erythematosus geheilt mit Applikationen von Trichloressigsäure, von Serrano. Der Verfasser ist mit dieser Methode sehr zufrieden.

Melanodermie mit rascher Ausbreitung und Expoliation, von Juan de Azúa. Bei einem 22 Monate alten Kinde trat nach einer Bronchitis eine addisonartige Haut-

Digitized by Google

verfärbung auf, welche sich rasch über den ganzen Körper ausbreitete, und an welche sich eine feinschuppige Desquamation anschloß.

Pagetsche Krankheit mit Radiotherapie geheilt, von T. Ratera. Die Kranke bekam in 5 Sitzungen 19 bis 20 H, worauf die Wunde vollständig vernarbte.

Notwendigkeit der vorherigen Urinuntersuchung bei Salvarsaninjektionen, von E. Garcia del Mazo. Der Verfasser wünscht vor jeder Salvarsaninjektion nicht nur eine Untersuchung auf Zucker und Eiweiß, sondern eine komplette Harnanalyse.

Zystische benigne Epitheliome mit Radiumtherapie geheilt. Ausgedehntes ulzeriertes Hautepitheliom, von T. Ratera. Es handelte sich um eine Frau mit erbsengroßen und größeren disseminierten, subkutanen Knötchen im Gesicht und an anderen Körperteilen, die unter intensiver Bestrahlung heilten. Der zweite Fall betraf ein ausgedehntes Hautepitheliom, das die linke Seite der Oberlippe, der Nase und die linke Wange einnahm. Ebenfalls Heilung.

Meralgia paraesthetica bei einem Praetabiker, von J. de Azúa. Der 45jährige Patient ist seit seinem 19. Jahre luetisch, hat positiven Wassermann und eine Parästhesie des Oberschenkels, welche den Ramus femoro-cutaneus externus betrifft. Außerdem bestehen neuralgiforme Schmerzen im rechten Plexus brachialis und leichte Blasenstörungen.

Zoster nach Salvarsan, von Alvarez Sainz de Aja. Auftreten eines Herpes labialis und cubitalis zwei Tage nach intravenöser Injektion von 0,35 Salvarsan.

Multiple Herpeseruption nach einer intravenösen Salvarsaninjektion, von J. Nonell. Drei Tage nach 0,35 Salvarsan traten Herpeseruptionen auf der Tonsille, der Nase und linken Oberlippe und am 7. Tage eine solche am ersten Fingergelenk des linken Zeigefingers auf. Gunsett-Straßburg.

Lepra.

Band 12, Heft 2.

Bemerkungen über die Übertragung der Lepra, von E. C. Long-Basutoland. Ein Eingeborener in einem völlig leprafreien Dorfe besuchte einen Leprösen in einem ungefähr fünfzig Meilen weit entfernten Orte und nächtigte in einer Hütte, wo er arg von Wanzen gebissen wurde, aber keine Nahrung zu sich nahm. Etwa drei Monate später erkrankte er an Lepra tuberosa.

Über die Übertragung der Lepra, von F. Lindsay-Sandes-Robben Island, Südafrika. Auch S. schreibt dem Biß der Bettwanze, Acanthia lectularia, eine wichtige Rolle bei der Verbreitung der Lepra zu. Schourp-Danzig.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Bd. 11, Heft 9—11, Sept. bis Nov. 1911.

1. Die Anwendung der Röntgenstrahlen in der Dermatotherapie und einige damit behandelte Fälle, von Sh. Dohi.

2. Über intravenöse Salvarsaninjektion, von H. Nakano und A. Takahashi-Tokio. Bericht über 90 Fälle.

3. Über einige Nebenwirkungen bei den intravenösen Salvarsaninjektionen nebst kurzer Bemerkung über die Technik, von S. Inouye-Tokio. Verf. hat in einigen Fällen Gelbsehen beobachtet, das zuweilen gleich nach der Injektion auftritt und etwa zehn Minuten anzudauern pflegt; auch Geruchsstörungen wurden festgestellt. In einem Falle wurden nach einer subkutanen noch vier intravenöse Injektionen ge-

Digitized by Google

geben, ohne daß der WASSERMANN negativ wurde. Die Dosis schwankte dabei zwischen 0.008 – 0,01 pro Kilo mit einem Zeitintervall von wenigstens 8 Tagen.

4. Über die Wirkung des Salvarsans auf einige Hautkrankheiten, von S. WATANABE-Tokio.

5. Über die subkutane Infusion des Salvarsans, von M. MINE und G. MAKI-Tokio.

6. Über die Behandlung einiger Hautkrankheiten mit Kochsalzinfusion, von Y. FUJITANI-Tokio.

7. Leprabazillen im Zirkulationsblut der neugeborenen Kinder von Leprösen, von T. SUGAI und I. MONONOBE-Osaka. Im Lepraasyl bei Osaka hatten die Verfasser Gelegenheit, das Blut von sechs Neugeborenen aus leprösen Ehen, sowie Nabelgefäße und Plazenta zu untersuchen. In drei Fällen waren lepröse Veränderungen an der Plazenta nachweisbar, in vier Leprabazillen im Gewebe derselben und bei fünf sowohl im Blut der Nabelgefäße wie im Zirkulationsblut.

8. Über die Bedeutung der Präzipitationsreaktion von Kuorin, von K. KUBOYAMA und T. BABA-Osaka. Nach den Untersuchungen der Verfasser ist die Methode ganz unzuverlässig und darum unbrauchbar.

9. Ein Fall von Pemphigus foliaceus nebst Bemerkungen über die äußere Anwendung von Rhabarbar gegen die Blasenbildung, von TANRIO ITO-Nagoya.

10. Zwei Fälle von Sklerodermie, von SH. YAMADA-Osaka.

11. Über die vereinfachte Trennungsmethode von Ulcus molle-Bazillus, von Y. KAMIMURA-Osaka.

12. Über extragenitalen Schanker und die Bedeutung von Salvarsan zu Abortivkuren, von K. MIYAZAKI-Tokio. Übersicht über 77 Fälle von extragenitaler Syphilisinfektion, die in den letzten 14 Jahren in der japanischen Literatur veröffentlicht worden sind. — Die Indikation für Salvarsan bestehe vor allem im Initialstadium der Syphilis, während die Hg.-Kur erst mit dem Eintritt der sekundären Erscheinungen einzuleiten sei (!).

13. Über den Einfluß der intravenösen Salvarsaninjektionen auf Nierenleiden, von A. TAKAHASHI und N. MIYABE-Tokio. Experimente an Kaninchen, bei denen durch Injektion von starken Sublimatlösungen akute Nephritis hervorgerufen und diese mit Salvarsan (0,007 pro Kilo) behandelt wurde. Obwohl Eiweiß und Zylinder verschwanden, fand sich bei der Sektion neben anderen Veränderungen typische Koagulationsnekrose der gewundenen Harnkanälchen, so daß Verfasser den Schluß ziehen, daß Salvarsan kranke Nieren sehr ungünstig beeinflusse und der zufällige Schwund des Eiweißes im Harne eines Nephritikers nach Salvarsaninjektion nicht immer Heilung resp. Besserung des Nierenleidens bedeute.

14. Über Folgeerscheinungen nach Salvarsan, von UMEZU-Tokio.

15. Ein durch Röntgenbehandlung geheilter Plattenepithelkrebs und einige andere gleich behandelte Fälle von Hautkrankheiten (Ekzema chron., Psoriasis, Lichen Vidal, Lupus erythematosus), von SH. DOHI.

16. Mal del Pinto, von S. WATANABE. W. Lehmann-Stettin.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band 12, Nr. 8.

Über die sexuelle Belehrung der Abiturienten, von O. ROSENTHAL-Berlin. Eine an sämtliche höhere Schuldirektoren Groß-Berlins gerichtete Rundfrage über ihre Stellung zu den Abiturientenvorträgen ergab, daß das Haupthindernis für die Einführung derartiger Vorträge von den leitenden Stellen ausgeht.

Digitized by Google

Die Eltern und die sexuelle Aufklärung, von Siebert-München. Die sexuelle Aufklärung ist nicht zu trennen von der sexuellen Erziehung. Wenn die Eltern ihre religiöse, ihre vaterländische und ihre stammestreue Gesinnung übertragen, dann haben sie den Boden geschaffen, auf dem straffe Selbstzucht gedeihen kann.

Schourp-Danzig.

Folia urologica.

Bd. 6, Nr. 7, Dez. 1911.

1. Beiträge zur Urethroskopie der vorderen und insbesondere der hinteren Harnröhre, von H. Wossidlo-Berlin. Die sehr interessante und eingehende Arbeit beschäftigt sich mit jenen Veränderungen der Harnröhrenschleimhaut und ihrer Anhänge, die nur auf urethroskopischem Wege nachzuweisen bzw. zu behandeln sind, und beweist an der Hand instruktiver Fälle die Notwendigkeit, nicht nur jeden einschlägigen Fall zu beleuchten, sondern womöglich auch einer Untersuchung mittels verschiedener Instrumente zu unterziehen. Besonders lesenswert erscheinen die Ausführungen über die Verschiedenheit der Bilder, geliefert von den Instrumenten mit direkter und indirekter Beleuchtung (Nitze-Oberländer, Goldschmidt usw.). 28 vorzügliche Abbildungen illustrieren die Auseinandersetzungen in sehr anschaulicher Weise, wenngleich bei einzelnen Reproduktionen ein gewisses Schematisieren nicht zu verkennen, wohl auch nicht ganz zu vermeiden ist.

2. Die Bloßlegung beider Nieren wegen Nierentuberkulose, von G. v. Illyes-Budapest. Verf. weist darauf hin, daß es Fälle von Nierentuberkulose gibt, in denen eine Ureterenkatheterisation durch die Blase resp. eine Untersuchung der Nierenfunktion unmöglich ist, und empfiehlt bei solchen Fällen als zweckmäßig, beide Nieren während einer Narkose bloßzulegen.

3. Über die Technik und die Resultate der suprapubischen Prostatektomie in zwei und drei Zeiten nach eigenen Beobachtungen, von B. N. Colzow-St. Petersburg. Eingehende Monographie, in der dargelegt wird, daß die suprapubische Prostatektomie, die häufig eine zweifellos schwere Operation darstellt, dadurch zu einem fast ungefährlichen Eingriff gemacht werden kann, daß sie in zwei oder drei Zeiten ausgeführt wird.

W. Lehmann-Stettin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Ein letaler Fall von sekundär syphilitischer Nephritis; nebst Besprechung, von A. J. Hall und J. M. Beattie-Sheffield. (Brit. med. Journ., 1911, 13. Mai) Patient war ein 23jähriger Chauffeur, der auf einer Reise in Kanada Syphilis akquirierte und im Krankenhaus zu Toronto mit wöchentlichen Injektionen von Quecksilbersalizylat (0,06) und Jodkalium in steigenden Dosen behandelt wurde. Die damals konstatierten Symptome von Nephritis und frischer Syphilis waren noch nicht beseitigt, als Patient gegen den ausdrücklichen Rat des Arztes die Rückreise nach England antrat. Nach eingetretener Verschlimmerung wurde er hier im Krankenhaus aufgenommen und drei Monate lang bis zu dem (etwa 11 Monate nach der erfolgten Infektion eintretenden) Exitus letalis verpflegt. Verfasser sind der Ansicht, daß es sich hierbei um eine wirklich durch das

Digitized by Google

Jodferratose

(Syrupus Ferratini jodati) mit 0,3% Fe und 0,3% J

ist eine wohlschmeckende und wohlbekömmliche Lösung von **Jodferratin,** einem Eiweißkörper, **der sowohl Eisen wie Jod organisch an Eiweiß gebunden** enthält. **Jodferratose** übertrifft das Jodeisen und den Syr. ferri jodati durch

Konstanz der Zusammensetzung, Bekömmlichkeit und Haltbarkeit.

Indiziert und bewährt bei

Skrofulose, Rachitis, chron. Endometritis, Malaria, als souv. Tonikum bei schweren Dermatosen u. Syphilis

besonders zur **Intervallskur** zwischen den **Inunktions-** bzw. **Injektionsperioden** bei der **Quecksilberbehandlung.**

Original-Flasche mit 250 g M. 2.50

Dosis: 3-4 Eßlöffel tägl., Kindern entsprechend weniger.

C. F. Boehringer & Soehne, Mannheim-Waldhof.

Literatur u. Proben den Herren Ärzte gratis.

VERLAG VON LEOPOLD VOSS IN LEIPZIG.

Histotechnik der leprösen Haut

von

P. G. Unna.

48 Seiten mit drei Farbentafeln. 1910.

Preis M. 8.—.

Wiener klin. Rundschau: Erscheint als Ergänzung des letzten Heftes des „Histologischen Atlas zur Pathologie der Haut". Behandelt werden die Färbung der Leprabazillen allein, Färbung des Gewebes, gleichzeitige Färbung der Bazillen und des Gewebes. Eine Zusammenstellung der von Unna diesbezüglich angegebenen Tinktionsmethoden kann man nur dankbar begrüßen. Die beigegebenen Tafeln sind aus dem Atlas herübergenommen. Die textliche und illustrative Ausstattung ist eine vollendete.

Unna-Festschrift

Dem Hamburger Dermatologen P. G. Unna gewidmet von Freunden und Schülern zum 60. Geburtstage.

I. Teil: XVI, 734 Seiten mit Porträt, 63 Abbildungen und 16 Tafeln. 1910. M. 12.—.
II. Teil: VI, 669 Seiten mit 162 Abbildungen und 13 Tafeln. 1910 . . . . . M. 13.—.

Medizinische Klinik: Delbanco mit Leistikow und Taenzer haben eine zwei Bände starke Festschrift Unna zu seinem 60. Geburtstage dargebracht, deren Inhalt nicht nur dem Dermatologen, sondern auch so vielen anderen Forschungskreisen Wertvolles bringt, daß ihre Bedeutung eine viel allgemeinere ist, als sie spezialistischen Festgaben sonst zukommt. Ein großer Teil der Arbeiten bezieht sich ganz direkt auf Gebiete, welche Unna selbst bearbeitet und mit seiner persönlichen Prägung versehen hat. Konnten auch nicht alle Aufsätze den gleich hohen wissenschaftlichen Wert erreichen, so überwiegt doch bei weitem gediegene Forschung, welche der Sammlung dauerndes Ansehen in der Dermatologie und nicht weniger in der allgemeinen Pathologie erwerben wird.

Digitized by Google

Die Bedeutung des Sauerstoffes in der Färberei

von

Professor Dr. **P. G. Unna** und Dr. **L. Golodetz** in Hamburg.

128 Seiten. 1912. M. 4.—.

(Bildet Band 22 der Dermatologischen Studien.)

Unna findet, daß die bisher nicht erklärte Vorliebe des Methylgrüns für Kernfärbung auf der Ausnahmestellung der Kerne beruht, welche im Gegensatz zum Protoplasma und zu der Muskelsubstanz nicht Reduktionsorte sondern Sauerstofforte des Gewebes darstellen. Von dieser Tatsache ausgehend, unterzieht der Verfasser sämtliche bisherige Fixations-, Beiz- und Färbemethoden einer Analyse und kommt zu dem Resultat, daß die Empirie sich schon längst oxydativer Einwirkungen bei der Färbung bedient, wo die für die Farben schädliche reduzierende Kraft der Gewebe ins Spiel kommt. Auch in der Textilfärberei spielt derselbe Gegensatz zwischen reduzierenden Geweben (Wolle) und oxydierenden (Seide) eine große Rolle. An dem Beispiel der Methylgrün + Pyronin-Färbung wird sodann gezeigt, wie durch Berücksichtigung oxydierender und reduzierender Einflüsse die Färbungskontraste im Gewebe verstärkt und verbessert werden können. In einem Schlußkapitel wird die bisher nicht genügend beachtete „oxypolare Affinität" bei Einwirkung von Fixatoren und Beizen auf Farben und Gewebe hervorgehoben. Auch für die Textilfärber enthält die Arbeit viele aufklärende und praktisch nützliche Hinweise und Anregungen.

Radium in der Heilkunde

von

Dr. Paul Wichmann

Spezialarzt in Hamburg,

leitender Arzt der dermatol. Heilanstalten der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte.

VIII, 113 Seiten mit 30 Abbildungen im Text und 2 Farbentafeln. 1911.

Preis M. 8.—.

Münchner medizin. Wochenschrift: Die therapeutische Verwendung der Radiumstrahlen in der Medizin hat eine so hohe praktische Bedeutung erlangt, daß ihre Kenntnis allmählich nicht mehr zum Rüstzeug einzelner Spezialisten gehört, sondern für jeden modern gebildeten Arzt ein dringendes Bedürfnis geworden ist.

Es ist zu begrüßen, daß ein Fachmann von bedeutender persönlicher Erfahrung, wie Wichmann, es unternommen hat, in knapper, übersichtlicher und dennoch klarer und genügend eingehender Weise, den Stand unseres gegenwärtigen Wissens auf dem Gebiete der theoretischen und praktischen Radiumforschung darzustellen.

In einem physikalischen Teile berichtet er zunächst ganz kurz über das Wesen des Radiums und seiner Strahlungsarten, um dann in einem biologischen Abschnitte etwas ausführlicher die klinische, histologische und chemische Wirkung auf die verschiedensten normalen und pathologischen Zell- und Gewebsarten, ferner den Einfluß der mannigfachen Applikationsmethoden auf die einzelnen der Radiumbehandlung zugänglichen Erkrankungen zu besprechen.

Einige Illustrationen belehren über die zum Teil verblüffenden Erfolge, die zwar dem Erfahrenen wohl bekannt sind, dem ferner Stehenden aber allein ein richtiges Bild von der mitunter erstaunlichen Wirksamkeit der Radiumtherapie zu geben vermögen.

Das Büchlein sei dem Arzte und der studierenden Jugend warm empfohlen.

Arbeitsmethoden für organisch-chemische Laboratorien

von

Prof. Dr. Lassar-Cohn, Königsberg i. Pr.

Vierte, umgearbeitete und vermehrte Auflage.

Allgemeiner Teil. XII, 352 S. mit 160 Abbildungen im Text. 1906. M. 11.—, geb. M. 13.50.
Spezieller Teil. XII, 1496 S. mit 10 Abbildungen im Text. 1907. M. 47.—, geb. M. 52.—.

Deutsche Medizinische Wochenschrift: Der Mediziner gehört propädeutisch in das chemische Laboratorium. Dort lernt er streng denken und exakt arbeiten! Das Lassar-Cohnsche Buch ist sowohl in den allgemeinen als den speziellen Teilen durchaus geeignet, als zuverlässiger Leiter bei solchen Arbeiten zu dienen. Als solcher ist es genügend erprobt. Ich bin überzeugt, daß der Kreis seiner Freunde sich durch die neue Gestaltgebung dieser neuen Auflage noch mehr vergrößern wird. Möchten doch recht viele Mediziner darunter sein.

Digitized by Google

Syphilisvirus bedingte Nephritis handelte. Die kutanen Manifestationen der Krankheit waren auch deutlich ausgeprägt. Die Einzelheiten der Krankengeschichte und der angewandten Therapie, welche neben symptomatischen Heilmitteln namentlich eine Inunktionskur und Injektionen von Quecksilbersozojodol umfaßte, sind ausführlich dargelegt.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Anatomische und histologische Untersuchung eines Falles von tertiärer Nierensyphilis, von CAILLIAU. (Gaz. d. hôp., 1911, Nr. 31.) Es handelte sich um den seltenen Fall einer reinen Sklerose ohne gummöse Erscheinungen, eine Nephritis syphilitica diffusa bei einem 67jährigen Kranken mit Zeichen einer alten Hemiplegie, der an Urämie gestorben war. Gunsett-Straßburg.

Spirochätenfund bei tertiärer Syphilis der Niere mit amyloider Degeneration, von FAROY. (Bull. méd., 1911, S. 893.) Der Titel sagt das Wesentliche.
Richard Frühwald-Leipzig.

Die Syphilis der Harnblase und der oberen Harnwege, von MICHAILOW. (Praktitscheski Wratsch., 1911, Nr. 28.) Bei der zystoskopischen Untersuchung einer 39jährigen Frau, welche seit 5 Jahren an periodischer Hämaturie litt, konstatierte M. mit Borken belegte, wie aus zusammengeflossenen Papeln entstandene Kreise an der hinteren, oberen und seitlichen Harnblasenwand und roseolaähnliche Flecke an der vorderen Harnblasenwand. Die infolge dieses Befundes vorgenommene WASSERMANNsche Reaktion fiel positiv aus und bestätigte die Diagnose Lues der Harnblase, war auch durch die eingeleitete spezifische Kur, unter der die Blutwarzen wie die Schmerzen in der Kranzbeingegend dauernd schwanden, weiter gesichert worden. Arth. Jordan-Moskau.

Syphilitische Lebergummata beim Erwachsenen, von E. S. FICHOT. (Thèse de Paris, 1910, Nr. 358.) Fritz Loeb-München.

Über einen interessanten Fall von tertiärer Leberlues, von HANS GÜNTHER-Bonn. (Therap. d. Gegenwart, 1911, Juni.) Bei einer 31jährigen Frau mit negativer Luesanamnese bestand ein Gallenblasen- und Leberleiden, weswegen zweimal operiert wurde. Bei einer späteren Probelaparotomie imponierten viszerale Gummata als karzinomatöse Tumoren. Es traten mehrfach Anfälle von Ikterus gravis, Acholie, Fieber und Ödemen an den Beinen auf. Trotz schließlicher Salvarsanbehandlung, die vorübergehende Besserung in Gefolge hatte, trat Exitus ein. Die anatomische Diagnose lautete: Luetische Leberzirrhose (gummat.). Stenose der Vena carva inf. und des Ductus choledochus. Aortitis luetica. Hautgummata. Muskelnekrose (durch Salvarsan). Arthur Schucht-Danzig.

Statistische Beobachtungen über kongenitale Lues, von LEOPOLD REISCHIG. (Inaug.-Dissert., München, 1911.) Die Arbeit eignet sich nicht zu einem kurzen Referat.
Fritz Loeb-München.

Die gesundheitlichen Lebensschicksale erbsyphilitischer Kinder, von KARL HOCHSINGER-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1910, Nr. 24 u. 25.) Dauerbeobachtungen, die seit dem Jahre 1869 an dem Ersten öffentlichen Kinder-Krankeninstitut in Wien von KASSOWITZ und seit 1883 von HOCHSINGER durchgeführt wurden. Die in Frage kommenden 134 Frauen gebaren 569 mal: und zwar 253 Totgeburten — worunter auch die in den ersten Lebenstagen verstorbenen gezählt wurden — 263 lebende Luetiker und 53 nicht-syphilitische Kinder. Von den 263 lebend geborenen Luetikern starben 55 vor Vollendung des vierten Lebensjahres, während 208 über diese Zeit hinaus verfolgt werden konnten. Aus den von H. gegebenen Zahlen geht in erster Linie die Wichtigkeit der Frühbehandlung hervor, nicht nur für die Erhaltung der Kinder, sondern auch für die Vermeidung der Stigmatisierung und Dystrophisierung.

Besonders häufig pflegen Haut und Nasenschleimhaut, weiterhin Knochensystem

Digitized by Google

und Viszeralapparat erkrankt zu sein, von denen der letztere (zugleich mit den Früherkrankungen des Zentralnervensystems) die schlechteste Prognose gibt. Andererseits sind die Knochenaffektionen, auch wenn sie mit lähmungsähnlichen Zuständen verbunden sind, ein außerordentlich dankbares therapeutisches Objekt, doch warnt H. ausdrücklich davor, bei Knochenauftreibungen und Bewegungsstörungen die Einreibungskur in Anwendung zu bringen, schon aus dem einfachen Grunde, weil man durch die Friktionen den Kindern unnötige Schmerzen macht, und weil man durch die dabei nie vollkommen vermeidbare mechanische Insultierung der befallenen Gelenkenden auch Schaden stiften kann. Die interne Darreichung von Protojoduretum hydr. ist vorzuziehen.

Hervorgehoben wird ferner die Tatsache, daß luetische Säuglinge für Rhachitis besonders disponiert sind, daß diese Rhachitis zeitiger einsetzt, aber rascher abläuft als bei nicht-syphilitischen und bei luetischen Kindern niemals zu hochgradigen Skelettveränderungen führt.

Mit interessanten Zahlen wird der bekannte Satz belegt, daß die ersten Kinder in der Geburtenreihe häufiger und auch schwerer zu erkranken pflegen, und nachgewiesen, daß dort, wo klinisch nachweisbare mütterliche Lues sicher besteht, ein schwerer wiegender Einfluß auf die Deszendenz zustande kommt als dort, wo sie dauernd vermißt wird.

Die dauernden Erkennungszeichen (Stigmata), die die angeborene Syphilis in vielen Fällen hinterläßt, finden sich nicht nur als Narben der Haut und Schleimhaut mit besonderen Prädilektionsstellen, in Form der bekannten Skelettveränderungen und der sog. Hutchinsonschen Trias, sondern auch als allgemeine Entwicklungsstörungen; neben abnormer Kleinheit und Schwächlichkeit fanden sich in 20 Fällen ausgesprochener wirklicher Infantilismus mit Mikrosomie und retardierter Geschlechtsentwicklung in drei Fällen. Dazu wird erwähnt, daß auch von den luesfrei gebliebenen Kinder mehr als die Hälfte abnorm klein, zart und schwächlich wurde und daß auch ein Teil derselben neurasthenisch und mit habituellem Kopfschmerz behaftet blieb. Auch verband sich mit der körperlichen Unterentwicklung manchmal eine geistige Minderwertigkeit.

Die Wassermannsche Reaktion, die nur an einem kleinen Teile des großen Materials nachgeprüft werden konnte, hat — wie auch bei anderen Verfassern — ergeben, daß kongenital luetische Individuen in der Mehrzahl der Fälle durch ein zähes Festhalten an der Reaktion ausgezeichnet sind, ja, daß es luesfreie Deszendenten Luetischer gibt, die, ohne jemals manifeste Lues gehabt zu haben, dennoch positiven Wassermann zeigen können. H. hält diese Kinder ebensowenig für syphilitisch, wie alle positiv reagierenden Mütter luetischer Kinder, die niemals wirklich lueskrank waren (!). „Gerade der Umstand, daß Deszendenten luetischer Eltern, ohne von virulenter Lues ergriffen zu werden, dystrophische Zustände der verschiedensten Art zeigen können, spricht dafür, daß eine rein toxische Beeinflussung der Nachkommenschaft Luetischer existiert, die in einer Minderwertigkeit der Zellkomplexe zum Ausdruck kommt, aber grundverschieden ist von wirklicher Syphilis". W. Lehmann-Stettin.

Beitrag zur Frage des ursächlichen Zusammenhangs der Syphilis mit der Idiotie, von E. Kröber-Rheydt. (Med. Klinik, 1911, Nr. 32.) Unter 262 männlichen Idioten fand sich positive Wassermannsche Reaktion in 21,4% der Fälle. Auf Grund seines Materials ist jedoch Verfasser der Ansicht, daß in diesen Fällen die Lues sehr oft nicht der einzige oder überhaupt der Grund des Schwachsinns sei, sondern Potatorium der Eltern, Trauma usw. Wahrscheinlich würden sich anderenfalls gemeinschaftliche charakteristische Zeichen einer solchen Krankheitsgruppe auffinden lassen. Er plädiert für möglichst frühzeitige Serumuntersuchung bei idiotischen Kindern und deren Eltern, weil dann auch therapeutisch die Aussichten am besten sind.

Arthur Schucht-Danzig.

Digitized by Google

Über parasyphilitische Erkrankungen im Kindesalter, von ROBERT KOENIGSTEIN. (Wien. klin. Rundschau, 1911, Nr. 29—30.) Zusammenfassung der wichtigsten Erscheinungsformen der Erbsyphilis (Zahndeformitäten, Hypoplasien, Gefäßveränderungen usw.). Eine besondere Besprechung erfahren die Schädigungen des Zentralnervensystems (Hydrozephalus, Tabes, Dementia paralytica). Auch bei zerebraler Kinderlähmung, spastischer Paralyse (Littlesche Krankheit) und Hemikranie wird die Erbsyphilis als Ursache gefunden. Richard Frühwald-Leipzig.

Die kongenitale Syphilis, ihre Erkennung und ihre Behandlung mit Salvarsan, von DOBRIVOJE ARNAUTOVIČ. (Inaug.-Dissert., München, 1911.) Salvarsan wirkt auf die verschiedensten Syphilome bedeutend rascher rückbildend ein als alle bisherigen Präparate. In vereinzelten Fällen bessern sich die Krankheitserscheinungen anfänglich sehr rasch, um dann weiter keine Veränderungen mehr zu erfahren. In diesen Fällen würde wohl eine zweite Injektion die Heilung herbeiführen. Ob eine Dauerheilung erzielt wurde, muß erst die WASSERMANNsche Reaktion zeigen. Fritz Loeb-München.

Hereditäre Syphilis und WASSERMANNsche Reaktion, von MARK S. REUBEN. (Archiv. of Pediatr., Juni 1911.) Zahlreiche Untersuchungen an ca. 250 Frauen, von denen etwa die Hälfte kurz vorher geboren hatten. Mitteilung einer sehr interessanten Krankengeschichte einer Frau, die mit ihrem ersten Manne nur syphilitische Kinder und Aborte gehabt hatte und ihrem zweiten Manne (negativer WASSERMANN) fünf anscheinend gesunde Kinder gebar, von denen aber vier zur Zeit der Untersuchung positiven WASSERMANN aufwiesen, ebenso wie die Mutter. Aus den Schlußfolgerungen des Verf. ist hervorzuheben:

1. Der gewöhnliche Weg der Übertragung auf den Fötus geht durch die Plazenta. Die Mutter eines syphilitischen Kindes ist immer syphilitisch; der Vater braucht dabei nicht syphilitisch zu sein.

2. Mütter, die keine syphilitischen Erscheinungen hatten, aber syphilitische Kinder gebaren, haben latente Syphilis; 71% dieser Frauen gaben positiven WASSERMANN. Bei Müttern mit syphilitischen Symptomen beträgt der Prozentsatz 72%.

3. Je früher das Blut nach der Geburt des letzten syphilitischen Kindes untersucht wird, um so größer ist der Prozentsatz positiver WASSERMANNscher Reaktion. Von 90% innerhalb des ersten Jahres fällt der positive WASSERMANN auf 40% innerhalb vier Jahren.

4. Die große Mehrzahl der Kinder syphilitischer Mütter ist selbst syphilitisch. Eine syphilitische Mutter kann während der Latenzzeit ihrer Syphilis ein anscheinend gesundes Kind bekommen, aber nie ein Kind, das immun gegen Syphilis ist.

5. 99% aller Kinder mit hereditärer Lues geben positiven WASSERMANN, Kinder mit spät hereditärer in 50%. Dabei wird häufig ein symptomloses Kind mit negativem WASSERMANN eine positive Reaktion bekommen, sobald sich Erscheinungen zeigen.

6. Quecksilber und Salvarsan heilen Syphilis nicht; diese Medikamente sind nur imstande, eine aktive Lues in eine latente überzuführen.

7. Jede Amme sollte auf WASSERMANN untersucht werden, und ist ihr Blut negativ, so sollte ihr Kind untersucht werden, dessen positive Reaktion die Syphilis der Mutter klarstellen kann.

8. Syphilitische Frauen konzipieren durchschnittlich sechsmal, aber haben selten mehr als $2^3/_4$ lebende Kinder. 75% aller Früchte syphilitischer Mütter sterben vor Vollendung des ersten Lebensjahres. W. Lehmann-Stettin.

Subkutane Quecksilberinjektionen in der Behandlung der Syphilis, von WALTER BIEBERBACH-Worcester. (Med. Record, 15. Sept. 1909.) Nichts Neues.
W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Behandlung der tertiären Syphilis mit Jodipin, von F. Filarétopoulo. (Journ. méd. de Bruxelles, 1911, S. 319.) Der Verfasser hat mit täglichen (im ganzen 15) Injektionen von 10 ccm einer 20%igen Jodipinlösung ausgezeichnete Erfolge gehabt, auch in solchen Fällen, wo Jodkalium versagte. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Wirkung des Enesols auf metaluetische Nervenerkrankungen und die Wassermann-Reaktion, von E. Frey-Budapest. (Orvosi Hetilap, 1911, Nr. 31, und Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 26.) Das Enesol ist ein außergewöhnlich rasch wirkendes Heilmittel, dessen Heilwirkung auf die Lähmung äußerer Augenmuskeln zweifellos ist. Die tabetischen Schmerzen hören in den meisten Fällen auf, und das Mittel scheint eine wohltätige Wirkung auf die tabetischen Magen- und Darmkrisen auszuüben. Die physikalischen Veränderungen gehen einer Rückbildung entgegen. Die Wassermannsche Reaktion kann es negativ machen. Vergiftungssymptome und örtliche Reizung löst es nicht aus. Seine kräftigende Wirkung ist zweifellos.

Porosz-Budapest.

Zur Behandlung der Syphilis mit Asurol, von Eduard Bäumer-Berlin. (Die Ther. der Gegenwart, 1910, Nr. 10.) Das Asurol steht der therapeutischen Wirksamkeit nach in der Mitte zwischen löslichen und unlöslichen Präparaten.

Arthur Schucht-Danzig.

Beitrag zum Studium der Syphilisbehandlung mit Hektin und Hektargyr, von Felix Dives. (Thèse de Paris, 1910.) Eine Zusammenfassung der therapeutischen Wirksamkeit der beiden Medikamente. Gunsett-Straßburg.

Das Hektin und Hektargyr in der Behandlung der Syphilis, von Schoull-Nizza. (Rev. clin. de Madrid, 1911, Nr. 15.) Acht Krankengeschichten, welche die Wirksamkeit des Hektins beweisen. Gunsett-Straßburg.

Neue Mitteilungen über die abortive und kurative Behandlung der Syphilis mit Hektin, von H. Hallopeau. (Rev. clin. de Madrid, 1911, Nr. 11.) Hallopeau weist nochmals auf seine mit Hektin erhaltenen vorzüglichen Resultate unter Mitteilung neuer Fälle hin. Gunsett-Straßburg.

Über einen Fall von schwerem syphilitischen Ikterus während der Behandlung mit Hektin. Heilung durch Salvarsan, von Duhot-Brüssel. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 40.) Gegen die Deduktionen von A. Hofmann in dessen Bericht über einen Fall von Ikterus mit letalem Ausgang nach Salvarsan (Münch. med. Wochenschr., Nr. 33) erhebt D. sehr einleuchtende Einwendungen und legt dar, daß mancherlei Momente in der Beweiskette fehlen, um die Entstehung der dort geschilderten akuten gelben Leberatrophie tatsächlich als Wirkung des Medikamentes zu erklären. Er kann sich rühmen, bei 875 Patienten mehr als 3000 Injektionen gegeben zu haben, ohne irgend eine dem Mittel zuzuschreibende Schädigung der Leber erlebt zu haben. Als ein Gegenstück zu dem Hofmannschen Falle berichtet er folgendes: Ein 49jähriger kräftiger Mann mit einem spirochätenhaltigen, fünfzigpfennigstückgroßen Primäraffekt wurde von ihm mit täglichen Injektionen von Hektin behandelt und erhielt in 31 Tagen 6 g Hektin B. Am Ende der dritten Woche der Behandlung stellte sich Taubheit nebst Schwindel ein; von spezialistischer Seite wurde Labyrinthtaubheit konstatiert. Da dieselbe sich nicht besserte, wurde die Hektinbehandlung aufgegeben. Wenige Tage darauf trat plötzlich ein schwerer, fieberhafter Ikterus hervor, und der Primäraffekt öffnete sich wieder. Nach vergeblicher sonstiger Behandlung wurde 0,5 Salvarsan in saurer Lösung intraglutäal verabreicht und dies nach weiteren vier Tagen wiederholt. In wenigen Tagen war das ganze Krankheitsbild ein wesentlich besseres geworden. Die Genesung schritt stetig weiter vor, und auch die Schwerhörigkeit ver-

Digitized by Google

ging, wenn auch nur sehr langsam. Bei der Nachuntersuchung neun Monate nach der Injektionsbehandlung war der Gesundheitszustand ausgezeichnet, die Seroreaktion negativ.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Atoxyl und atoxylsaures Quecksilber in der Behandlung der Syphilis, von Oswald Boethke. (Inaug.-Dissert., Königsberg i. Pr., 1910.) Bei atoxylsaurem Quecksilber handelt es sich nach den hier vorliegenden Erfahrungen tatsächlich um ein Präparat, dessen Einführung in die Syphilisbehandlung einen Fortschritt bedeutet und gerade dem praktischen Arzt sehr willkommen sein muß, sobald die bessere Hinhaltung der Rezidive durch dieses Präparat bestätigt ist. Am geeignetsten sind für diese Behandlung die ganz frischen Fälle von Syphilis gefunden worden, aber auch in anderen Formen, besonders bei Kondylomen und Gaumenulzerationen hat das Mittel seine Dienste getan. Freilich kann erst nach Jahren ein abschließendes Urteil über seinen Wert abgegeben werden. Fritz Loeb-München.

Tuberkulose mit Syphilis vergesellschaftet, von Derschmid. (La Policlinique, Brüssel, 1911, Nr. 8.) Vorstellung eines jungen Mannes, der an syphilitischen Pharynxgeschwüren und zugleich an Lungentuberkulose litt. Gunsett-Straßburg.

Traumatische Entzündungen.

Artefizielle Exantheme, von Arthur F. Bernard Shaw-Dublin. (The Dublin Journ. med. Science, Nr. 477.) Bekanntes. Schourp-Danzig.

Hauterkrankungen von Arbeitern in Tischlereien und Sägewerken. (Wien. klin. Rundschau, 1911, Nr. 33.) Gutachten des Reichsgesundheitsamtes über die als Satinholzdermatitis beschriebene Erkrankung. Auf Grund der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen kann das Gesundheitsamt auch nicht mit einiger Sicherheit den wissenschaftlichen Namen der Holzarten angeben, die diese Dermatitis erzeugen. Außerdem ist noch eine persönliche Disposition notwendig. Richard Frühwald-Leipzig.

Die durch das ostindische Satinholz („Chloroxylon Swietenia") erzeugte Dermatitis, von J. Th. Cash-Aberdeen. (Brit. med. Journ., 1911, 7. Okt.) Seit einigen Jahren hat man verschiedentlich beobachtet, daß Tischler, welche mit der Bearbeitung von Satinholz beschäftigt waren, an einer mehr oder weniger intensiven Dermatitis, namentlich der unbekleideten Körperteile, erkrankten. Von den zwei Arten des Satinholzes ist, soweit man bisher hat feststellen können, das ostindische (Chloroxylon (Swietenia) weit stärker schädlich als das aus Westindien stammende Holz der Fagara flava. Verfasser hat während der letzten Jahre eine größere Reihe von experimentellen Untersuchungen teils an Tieren (Frosch, Kaninchen), teils an sich selbst und an anderen Personen ausgeführt, um weitere Aufschlüsse über die Art der wirksamen Faktoren zu erhalten. Es war vom Imperial Institute ihm ein aus dem ostindischen Holze gewonnenes kristallinisches Alkaloid, Chloroxylonin zur Verfügung gestellt worden; außerdem hatte man zwei Harze und ein Öl gewonnen, nebst anderen weniger bemerkenswerten Produkten. Zunächst berichtet Verf., daß er sich eine Portion des Sägemehls in einem Gazesäckchen trocken resp. nach Anfeuchtung einmal mit Wasser, ein anderes Mal mit Öl, mehrere Stunden lang auf die Haut des Unterschenkels applizierte. Nach einigen Tagen entwickelte sich eine recht lebhafte Hautentzündung mit den Erscheinungen, wie man sie bei der unbeabsichtigt entstehenden Dermatitis der Satinholzarbeiter schon kennen gelernt hat. Weitere Proben bezogen sich in ausgiebiger Weise auf die Wirkung des Alkaloids Chloroxylonin. Abgemessene Mengen wurden in Salbenform in die Haut ein-

Digitized by Google

gerieben und 24 Stunden unberührt gelassen; diese und eine nochmalige Applikation schienen anfangs ohne Einfluß zu sein; aber 22 Tage später trat an der behandelten Stelle eine ganz charakteristiche Dermatitis hervor. Außerdem wurde die Wirkung des Alkaloids auf die Respirationsorgane geprüft, wobei als Resultat äußerst heftige Reizungen der Schleimhäute der Nase und Bronchien konstatiert wurden. Von den zwei zur Untersuchung gestellten Harzen wurde das eine gar nicht, das andere höchstens ganz schwach reizend befunden, und das Öl des Satinholzes zeigte sich völlig frei von entzündungserregenden Wirkungen. Daß das Überstehen einer Dermatitis dieser Art gegen spätere Attacken immun machen könne, hat Verf. bei seinen Untersuchungen nicht bestätigt gefunden; vielmehr war das Gegenteil der Fall, indem die Reaktion durchweg bei den schon einmal erkrankt gewesenen Individuen bei späteren Wiederholungen viel schneller und präziser einsetzte. Philippi-Bad Salzschlirf.

Universelle Ausschläge von ungewöhnlicher Art als Folge von Resorptionsvorgängen bei Anwendung eines Belladonnapflasters und der Einträufelung von Atropin ins Auge, von F. C. Knowles-Philadelphia. (Amer. Journ med. Science, 1911, Juli.) Als Nebentitel trägt diese Arbeit noch die Aufschrift: „Übersicht über die durch Belladonna und Atropin bedingten lokalen und allgemeinen Ausschläge", und sie enthält dementsprechend einen ausgiebigen Auszug aus der den Gegenstand betreffenden Literatur. Das Material ist übersichtlich nach folgenden Gesichtspunkten eingeteilt: 1) die durch die interne Darreichung von Belladonnapräparaten bedingten lokalen und universellen Dermatosen, 2) die mehr oder weniger diffusen Ausschläge, welche durch Resorptionsvorgänge bei lokaler Applikation des Medikamentes entstehen, 3) Symptome einer Allgemeinvergiftung ohne Hautläsionen als Folge einer lokalen Resorption des Medikamentes, 4) die durch die lokale Anwendung hervorgerufenen lokalen Ausschläge, 5) universelle Ausschläge von ungewöhnlichem Charakter als Folge sowohl der internen Darreichung, wie der lokalen Anwendung des Mittels. Als ein Beispiel von lokaler Idiosynkrasie gegen Atropin berichtet Verf. (mit Abbildung) über eine 23jährige Negerin, welche nach der Einträufelung von Atropin ins Auge einen die ganze Wange einnehmenden Hautausschlag akquirierte. Die Affektion bestand aus zahllosen miliaren und größeren Bläschen auf akut entzündeter Basis und reichlicher Krustenbildung, sowie Ödem der Augenlider; es wurde über starken Juckreiz geklagt, und die Störung brauchte 6 Wochen resp. bei einer zweiten, ganz analogen Attacke zwei Wochen bis zur Heilung. Ferner berichtet Verf. über zwei Fälle von universellem Ausschlag bei kräftigen Männern im Alter von 25 und 30 Jahren, der auf die Anwendung eines Belladonnapflasters resp. auf die intraokulare Instillation von Atropinlösung zurückzuführen war. Die Läsionen präsentierten sich als dunkelrote, erythematöse Flecke und Flatschen, welche den größeren Teil der gesamten Hautoberfläche einnahmen. Die stark juckende Affektion blaßte nach Aussetzen der Causa peccans allmählich ab unter ausgedehnter Abschilferung und stellenweise länger persistierender Pigmentansammlung. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Kenntnis der Schädigung der Haut durch Röntgenstrahlen, von Paul Krause-Bonn. (Verhandl. der deutschen Röntgen-Gesellschaft. Bd. VII.) 1. Fall von Überempfindlichkeit der Haut gegen Röntgenstrahlen. Bei einer Frau, die wegen Menstruationsbeschwerden mit Röntgenstrahlen behandelt wurde, und der innerhalb von vier Wochen in drei Sitzungen ungefähr ein Drittel der gewöhnlichen Erythemdose (gemessen nach Kienbocks Quantimeter) gegeben wurde, entstand eine Röntgenverbrennung zweiten Grades, trotzdem die Haut selbst durch eine dreifache Lage von Wildleder geschützt worden war. Die Patientin hatte eine auffallend pigmentarme weiche Haut. Die Hautverbrennung bildete sich innerhalb von zehn Tagen zurück. Da ein Fehler in der Mes-

Digitized by Google

sung durchaus ausgeschlossen war, so muß auf eine Überempfindlichkeit geschlossen werden.

2. Zwei Fälle von Verbrennungen der Handflächen, welche zur Vertreibung der Schweißhände mit Röntgenstrahlen behandelt worden sind.

3. Beitrag zur Kenntnis des Röntgenkarzinoms. Bericht über die (schon an anderer Stelle referierte) statistische Arbeit von Hesse. W. Lehmann-Stettin.

Karbolgangrän, von Everett J. Brown. (Journ. amer. med. assoc., 1911, S. 1613.) Gangrän des vierten Fingers nach Karbolöl. Amputation.
Richard Frühwald-Leipzig.

Fingergangrän durch fünfprozentige Karbolsalbe, von O. F. Schussler und M. A. Stern-South St. Paul. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 57, Nr. 8). Nach Anwendung der Salbe trat trockene Gangrän auf, die zur Amputation des Fingers führte.
Schourp-Danzig.

Multiple artefizielle Hautgangrän, von Georges Thibierge. (Bull. et mem. d. l. soc. méd. des hôpit de Paris, 20. Dez. 07.) Eine Hysterische hatte zahlreiche, kreisrunde, von einem roten Hofe umgebene, schwarze Schorfe auf den Nates. Die Form der Effloreszenzen, die Silberreaktion eines Schorfes, sowie Lapisstriche zwischen den einzelnen Herden, ließen die artefizielle Natur des Leidens leicht erkennen. Der Fall ist für den Verf. ein neuerlicher Beweis dafür, daß es keine echte trophische Hautgangrän der Hysterischen gibt, sondern daß es sich stets um Artefakte handelt.
Richard Frühwald-Leipzig.

Beiträge zur Kenntnis der Primel-Dermatitis, von Friedrich Kanngiesser-Neuchâtel. (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte, 1911, Nr. 30.) Außer durch die Primula obconica kann auch durch die Primula officinalis und durch die Primula auricula eine Dermatitis hervorgerufen werden. Schourp-Danzig.

Über Folgen von Sonnenbestrahlung, von Fr. Kanngiesser. (Allg. med. Zentralztg., 1911, Nr. 45.) Bei einem Maler trat jeden Sommer, seitdem er Sonnenbäder zu nehmen pflegte, ein Ausschlag auf, der aus kleinsten, über den ganzen Körper verstreuten heftig juckenden Bläschen bestand. Besonders stark war er an Druckstellen.
Richard Frühwald-Leipzig.

Die durch elektrische Ströme hervorgerufenen Verbrennungen, von Ch. Lenormand. (Presse méd., 1911, Nr. 54.) Die durch den elektrischen Strom erzeugten Verbrennungen unterscheiden sich in drei Punkten wesentlich von den gewöhnlichen Verbrennungen. Schon ihr Aussehen ist ein ganz anderes. Gewöhnlich handelt es sich um massige, tiefe, kraterförmige Substanzverluste mit scharf abgeschnittenen Rändern ohne entzündliche Reaktion. Am Kopfe kommen Knochenverbrennungen äußerst häufig vor. Ein weiteres Merkmal derselben ist ihre Schmerzlosigkeit, die oft so vollständig ist, daß die Verletzten kaum ihre Verletzungen bemerkt haben. Auch der ganze Heilungsverlauf ist schmerzlos. Der dritte charakteristische Punkt ist ihr aseptischer Verlauf, es entsteht keine entzündliche Reaktion, keine Eiterung, die karbonisierten Gewebe stoßen sich ohne Intervention eines Eitererregers ab. Von Wichtigkeit ist ferner der Umstand, daß die Verbrennungen eine Prophylaxe den schweren durch den elektrischen Schlag bedingten Schädigungen gegenüber sind: sie unterbrechen den Durchgang des Stromes, bevor der Atmungsstillstand definitiv geworden ist. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über eine neue Kanüle zur Blutentnahme aus der Vene und einem Handgriff zur Reinigung der Kanülen, von Dreuw-Berlin. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 49.) Die von D. hier beschriebene Kanüle endigt mit einer massiven Spitze, und das daran grenzende unterste Stück des Kanülenrohres ist mit einigen feinen Öffnungen versehen, so daß das angesogene Blut von der Seite her ins Lumen der Kanüle tritt. Zwecks Entfernung von etwa haftengebliebenen Fremdkörpern in der Kanüle wird diese in die halb mit Flüssigkeit gefüllte Spritze in verkehrter Richtung (d. h. die Spitze ist dem Stempel zugekehrt) hineingesenkt. Mit Daumen und Zeigefinger drückt man einen kleinen Wattebausch fest auf die Mündung der Spritze und die Kanüle, um Luftabschluß zu bewirken, und preßt durch Vordrücken des Stempels das Wasser und den Fremdkörper durch das weite Ende der Kanüle hinaus. Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Die **Berliner Dermatologische Gesellschaft** hat anläßlich ihres 25jährigen Bestehens eine Reihe von Ehrenmitgliedern und korrespondierenden Mitgliedern gewählt, und zwar zu Ehrenmitgliedern: Boeck (Christiania), Breda (Padua), Brocq (Paris), Bulkley (New York), Dohi (Tokio), Duhring (Philadelphia), Ehrlich (Frankfurt a. M.), Finger (Wien), Gaucher (Paris), Jadassohn (Bern), Majocchi (Bologna), Metschnikoff (Paris), Malcolm Morris (London), v. Petersen (St. Petersburg), Riehl (Wien), Roux (Paris), Veiel (Cannstatt), v. Wassermann (Berlin); zu korrespondierenden Mitgliedern: Arning (Hamburg), Barduzzi (Siena), de Beurmann (Paris), Ciarrocchi (Rom), Colombini (Cagliari), Demetriade (Jassy), Dubois-Havenith (Brüssel), Dubreuilh (Bordeaux), Ducrey (Genua), Fordyce (New York), Petrini de Galatz (Bukarest), Galloway (London), Gilchrist (Baltimore), Jeanselme (Paris), Krefting (Christiania), Kreibich (Prag), Lie (Bergen), Graham Little (London), Marschalkó (Klausenburg), Matzenauer (Graz), Merk (Innsbruck), Möller (Stockholm), Nékam (Budapest), Nobl (Wien), Pernet (London), Philippson (Palermo), Rasch (Kopenhagen), Raynaud (Algier), Schiff (Wien), Török (Budapest), Whitfield (London), Zeisler (Chicago).

Die **American Dermatological Association** hält ihre 46. Jahresversammlung vom 23.—25. Mai 1912 in St. Louis, Mo., ab. Als Diskussionsthema ist aufgestellt: „Die Ätiologie des Ekzems"; Referenten sind Johnston (New York) und Knowles (Philadelphia). — Offizielles Organ dieser Gesellschaft ist von nun ab das eben in den 30. Jahrgang eintretende Journal of Cutaneous Diseases including Syphilis.

Dr. Marfan und Dr. A. Renault (Paris) wurden zu Offizieren, Dr. Milian (Paris) zum Ritter der französischen Ehrenlegion ernannt.

Priv.-Doz. Dr. P. Asch (Urologie) in Straßburg i. E. erhielt den Titel Professor.

In London starb der Chirurg Sir Henry Trentham Butlin, gewesener Erasmus Wilson-Professor am Royal College of Surgeons, bekannt durch sein Buch über die Krankheiten der Zunge.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

24. Februar 1912 | Nr. 8 | Band 54

Zur Frage der syphilitischen Reinfektion.

Von

Prof. Dr. Bettmann, Heidelberg.

Die folgende Mitteilung knüpft an die Arbeit von v. Veress über Pseudoreinfektionen und Frührezidive bei Syphilis an (Nr. 1 und 2 dieser Wochenschrift). v. Veress, dessen Ausführungen mir eine genauere Rekapitulation der Literatur ersparen, kommt zu dem Schluß, daß die in der letzten Zeit häufiger mitgeteilten Fälle, in denen innerhalb weniger Monate nach sicher festgestellter syphilitischer Infektion neue, den Anschein einer Reinfektion erweckende Sklerosen auftraten, eigentlich nichts anderes sind, als Pseudosklerosen, d. h. eine besondere Form von Rezidiven. Damit teilt v. Veress die Meinung, die sich aus meiner Arbeit über kutane Frührezidive der Syphilis ergeben hat, die ich aber doch nicht allzuweit verallgemeinern möchte. Wohl glaube ich, daß in nicht geringer Zahl Frührezidive der Lues fälschlich als der Ausdruck einer Neuinfektion aufgefaßt wurden; aber auch bei strengster Kritik und größter Skepsis kann an der Möglichkeit einer abortiven Heilung der Syphilis nicht gezweifelt werden; wo diese aber erzielt ist, liegen die Voraussetzungen für die Möglichkeit einer baldigen Reinfektion vor. So meine ich keineswegs, daß in allen Fällen, die gerade seit der Einführung der Salvarsantherapie als syphilitische Reinfektionen beschrieben worden sind, eine falsche Deutung der Befunde vorgelegen haben müsse. Aber allerdings ist die Schwierigkeit der Unterscheidung zwischen echten Primäraffekten und Pseudoschankern so groß, daß im einzelnen Falle eine ganze Reihe von Gesichtspunkten bei der Diagnose berücksichtigt werden muß und nur unter ganz besonders günstigen Umständen eine Neuinfektion als einwandfrei sichergestellt gelten dürfte. So bin ich mir wohl bewußt, daß auch der folgende Fall, den ich als Reinfektion nach abortiver Heilung der Syphilis auffassen möchte, nicht alle Zweifel ausschließen kann.

Es handelt sich um einen 21jährigen Studenten, der am 13. Dezember 1910 mit einem typischen großen Primäraffekt der Unterlippe in Beobachtung trat. Der Herd war seit etwa 8 Tagen bemerkt worden. Starke regionäre Drüsenschwellung; sonst noch keine Erscheinungen der Syphilis. Wassermannsche Reaktion negativ. Spirochäten in großer Menge im Primäraffekt nachweisbar.

Digitized by Google

Patient erhielt zwei intravenöse Salvarsaninjektionen: 0,6 g am 15. Dezember und 0,4 g am 20. Dezember. Schnelle und vollkommene Rückbildung der bestehenden Erscheinungen. Fortlaufende Untersuchungen des Patienten und regelmäßige Vornahme der Wassermannschen Reaktion bis Anfang August 1911. Ergebnis stets negativ.

Im Oktober 1911 bemerkte Patient eine juckende Hautaffektion, die sich als Skabies erwies. In der Zeit vom 4.—7. November sexueller Verkehr mit einer geheimen Prostituierten. Am 25. November bemerkte Patient am Penis zwei kleine Geschwüre.

Es fanden sich bei der Untersuchung am 4. Dezember 1911 am äußeren Präputialblatt zwei mehr als linsengroße deutlich indurierte Herde, die alle Charaktere typischer Primäraffekte besaßen. Spirochäten: ++++. Inguinaldrüsenschwellung beiderseits. Wassermannsche Reaktion +. Keine weiteren Symptome.

Die am 6. Dezember begonnene Kur mit Salvarsan- und Quecksilberinjektionen hatten schnellen günstigen Erfolg.

Der Fall läßt zweierlei Auffassungen zu: entweder lag eine Reinfektion nach gelungener Abortivbehandlung der ersten Erkrankung vor, oder es handelte sich um Pseudoschanker, die erst nach Jahresfrist als erstes Rezidiv einer Erkrankung aufgetreten waren.

Das Aussehen der Herde bei dem zweiten Krankheitsausbruch war dasjenige typischer Primäraffekte. Die Zweizahl ist nicht auffällig und schon dadurch erklärlich, daß der Patient bei der angenommenen zweiten Infektion mit einer auch an den Genitalien lokalisierten Skabies behaftet war. Aber es besteht der Einwurf, daß eben Rezidiverscheinungen dem Primäraffekt zum Verwechseln ähneln können, und gerade auch auf diese könnten die Skabieseffloreszenzen an den Genitalien provozierend gewirkt haben. Nach dem extragenitalen Sitze des ersten Primäraffekts ist ein Rezidiv in loco ausgeschlossen; allein die Pseudoschanker sind nicht unbedingt an die Örtlichkeit des Primäraffektes gebunden. Aus allen diesen Gründen ist das zeitliche Verhältnis der neuen Primäraffekte zur letzten Infektionsmöglichkeit besonders wichtig, wenn auch leider nicht entscheidend.

Das Verhalten der Drüsen wie der Wassermannschen Reaktion konnte für eine Neuinfektion wie für ein Rezidiv stimmen.

Allerdings sind jene schankerartigen Rezidive nach Salvarsananwendungen wohl ausschließlich als Frührezidive beobachtet worden, während in unserem Falle seit der ersten Kur ein ganzes Jahr verflossen war. Ich füge hinzu, daß sie wenigstens bei meinen Fällen nur dann zur Beobachtung kamen, wenn eine Salvarsanbehandlung stattgefunden hatte, die ich heute unter allen Umständen für ungenügend erachten würde. So habe ich denn seit reichlich einem Jahre, seitdem wir mehrere intravenöse Salvarsaninjektionen mit Quecksilberanwendungen kombinieren, keinen einzigen Fall der von mir beschriebenen eigenartigen Frührezidive an der Haut und ebensowenig ein Neurorezidiv mehr gesehen.

Ob die im vorliegenden Falle angewendeten zwei intravenösen Sal-

Digitized by Google

varsaninjektionen ohne weitere Quecksilberbehandlung als genügende Kur betrachtet werden durften, muß nach der Mehrzahl der späteren Erfahrungen als fraglich gelten, obwohl die Kur recht früh nach dem Auftreten des Primäraffektes und bei noch negativem Blutbefunde durchgeführt wurde. Eine Entscheidung war nur durch eine möglichst lange Kontrolle zu erbringen, und es fragt sich weiter, ob die Zeit, während der wir den Kranken unter Beobachtung halten konnten, dafür ausreichte. Eine bestimmte generelle Antwort auf diese Fragen ist natürlich unmöglich und ich lasse bei meinem Falle alle Einwände gelten.

Umfassende sorgfältige Statistiken wären notwendig; sie müßten im einzelnen die Bedingungen, unter denen die Behandlung durchgeführt würde, aufs genaueste berücksichtigen. Aber wir können zu einem umfangreichen verwertbaren Material, welches den Erfolg der Abortivkur dartun soll, überhaupt nicht gelangen, wenn wir im Interesse der Sicherheit des Erfolges auch einer anscheinend gelungenen Abortivkur eine intermittierende Weiterbehandlung folgen lassen. Die Fälle, in denen Patienten ausschließlich einer Abortivkur der Lues mit Salvarsan unterzogen wurden und in denen man sich weiterhin auf lange fortgesetzte Kontrolle der Kranken und Prüfung der WASSERMANNschen Reaktion beschränkte, stammen vorwiegend aus der ersten Zeit der Salvarsantherapie. Aber es fehlt nicht an derartigen Beobachtungen, bei denen sich die Patienten dauernd als unverdächtig erwiesen haben. Auch aus meiner Klinik hat Dr. STERN auf der Karlsruher Naturforscherversammlung über solche Fälle berichtet.

Auch die Mitteilungen über Abortivheilungen der Syphilis, die aus der Zeit vor Einführung der Salvarsantherapie stammen, dürfen nicht in Bausch und Bogen ignoriert werden. Wir haben keinesfalls mehr das Recht, prinzipiell die Möglichkeit der Abortivheilung der Syphilis zu bezweifeln, ja es möchte sogar scheinen, daß ein Erfolg unter günstigen Voraussetzungen leicht erzielt werden könnte.

Welche Bedeutung der einwandfreien Feststellung einer syphilitischen Reinfektion in diesen Zusammenhängen zukäme, braucht nicht weiter ausgeführt zu werden. In dem hier mitgeteilten Falle scheint mir die Reinfektion wahrscheinlich; was an Zweifeln bleibt, glaube ich gebührend betont zu haben.

Digitized by Google

Aus dem Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskranke des
Priv.-Doz. Dr. M. Oppenheim in Wien.

Ein durch Eukalyptusbonbons hervorgerufenes Exanthem.

Von

Priv.-Doz. Dr. M. Oppenheim.

Daß Einreibungen von Eukalyptusöl, das vom Volke bei Neuralgien und rheumatischen Affektionen angewendet wird, akute Dermatitiden erzeugen können, ist bekannt. Ferner wissen wir durch Galewsky (Verhandlungen deutscher Naturforscher in Breslau. Derm. Ztschr., 1904, Bd. 2, S. 752 und 1905, Bd. 12, S. 36), daß durch die Berührung von Eukalyptuspflanzen resp. durch das Wohnen in Wohnräumen, in welchen sich Eukalyptus befindet, juckende erythematöse und papulöse, urtikarielle Exantheme bei empfindlichen Personen entstehen können.

Daß auch der innerliche Gebrauch von Eukalyptusöl Hauteruptionen veranlassen könne, zeigt uns ein von Vörner veröffentlichter Fall (Derm. Ztschr., 1907, Bd. 14, S. 678), bei dem das Exanthem nach dem Gebrauche von Eukalyptusöl, mehrmals täglich 20 Tropfen auf Zucker, auftrat. Das Exanthem war durch isolierte und konfluierte bis handtellergroße Urtikariaquaddeln charakterisiert und rezidivierte 10 Tage später nach neuerlicher Einnahme von Eukalyptusöl. Von diesem Zeitpunkte angefangen hatte Patient rezidivierende Exantheme, wobei bei den ersten Rezidivanfällen ohne Einnahme von Eukalyptusöl Eukalyptusgeschmak im Munde auftrat. Der Kranke führte die ersten dieser Eruptionen auf Diätfehler zurück, die sich bei den späteren Attacken nicht nachweisen ließen. Sie waren durch erhabene, teils durch fleckige, infiltrierte, düsterrote und livide Effloreszenzen von rundem und ovalem Kontur zum Teil mit zentraler Pigmentierung und Depression von verschiedener Größe (linsengroß bis 4 cm im Durchmesser) charakterisiert, die mit Pigmentation abheilten. Bei den später in vierwöchentlichen Pausen auftretenden Rezidiven erkrankten in der Regel hauptsächlich die früher befallenen Stellen wieder. Eine bestimmte Lokalisation war nicht vorhanden; den jeweiligen Ausbrüchen gingen Allgemeinerscheinungen, wie Kopfschmerzen, Brennen und Trockenheit der Lippen, Appetitlosigkeit, Kribbeln auf der Haut usw. vorher.

Der Fall, der das Substrat dieser Mitteilung bildet und in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft, Sitzung vom 17. Januar 1912, von mir demonstriert wurde, ist durch zwei Momente interessant, nämlich durch

Digitized by Google

seine Entstehungsweise und durch die Art des Exanthems, die von dem von Vörner mitgeteilten abweicht.

E. P., 36 Jahre alt, Schneider. Pr. Nr. 80/1912, kam am 12 Januar 1912 mit folgendem Befund in mein Ambulatorium.

An der Haut des Handrückens, der Handgelenke, der Flachhände und der Finger, sowie an der Haut der Füße bis oberhalb der Sprunggelenke finden sich hirsekorn- bis erbsengroße hellrote, kirsch- und braunrote, scharfbegrenzte Flecke, Knötchen und Papeln, die an allen Stellen, speziell an den Fingerenden und Zehenrücken zu hellergroßen Plaques konfluieren, wobei jedoch die Zusammensetzung aus kleineren Effloreszenzen erkennbar bleibt. Besonders dicht finden sich die roten Fleckchen an Flachhänden und Fußsohlen, wodurch die Haut dieser Stellen ein rotgesprenkeltes Aussehen gewinnt. Die Knötchen fühlen sich ziemlich derb an und blassen bei Glasdruck nicht ab. An manchen Stellen erhält man den Eindruck kleiner Hautblutungen. Die Oberfläche der Effloreszenzen zeigen keine Schuppen. Die Haut des übrigen Körpers, sowie die Schleimhäute sind völlig frei. Im weiteren Verlaufe ändert sich das Exanthem innerhalb der ersten Woche nicht; es trat nur ein wenig Jucken auf. Später zeigte sich eine gelbraune Färbung der Effloreszenzen, doch sind sie bis heute, 12 Tage nach dem Auftreten, nicht völlig geschwunden.

Differentialdiagnostisch kamen, als Patient sich zum ersten Male vorstellte, Erythema exsudativum multiforme, Cheiropompholyx und Erythema papulatum toxicum in Betracht. Die Lokalisation, das Freibleiben der übrigen Anteile der Extremitäten und des Gesichtes, die Gleichartigkeit der Effloreszenzen ließen Erythema multiforme, die Abwesenheit von Bläschen, das geringe Jucken ließen Cheiropompholyx ausschließen.

Als Ursache des toxischen papulösen Erythems ergab sich folgendes: Patient hatte zwei Tage vor Ausbruch des Exanthems Hustenbonbons, die unter dem Namen „Huste nicht“ verkauft werden und Eukalyptusöl enthalten, genommen. Anfänglich nahm er nur einige wenige; am zweiten Tage nahm er etwa 20 Stück auf einmal. Zwei Stunden später fühlte sich Patient müde, unbehaglich, wie als wenn er Fieber hätte. Abends war er appetitlos und schlief schlecht. Die ersten Flecken am Handrücken bemerkte er abends; in der Frühe, beim Erwachen, waren beide Hände und Füße übersät mit den oben beschriebenen Effloreszenzen. Er nahm dann keine Bonbons mehr, da er den Ausschlag mit ihnen in Zusammenhang brachte.

Es ist also klar, daß es sich in unserem Falle um ein Eukalyptusexanthem handelte, daß nach dem Genusse von Hustenzeltchen, allerdings in größeren Quantitäten, aufgetreten war. Klinisch glich der Ausschlag am meisten den toxischen Erythemen, die nach Kopaivbalsam und Santalöl auftreten können: ein Unterschied zeigte sich nur in der ausschließlichen Lokalisation an Händen und Füßen und der starken Beteiligung der Flachhände und Fußsohlen. Diese Ähnlichkeit hat nichts auffallendes, da daß Eukalyptusöl dem Kopaivbalsam, Santalöl und anderen narkotisch wirkenden Ölen, wie Terpentin-, Thymian-, Nelken-, Anisöl usw.,

Digitized by Google

sowohl in bezug auf chemischen Bau als auch auf physiologische und toxische Wirkungen nahesteht.

Das Auftreten eines toxischen Exanthems nach Genuß von Hustenbonbons lehrt uns, daß wir beim Aufsuchen von Ätiologien toxischer Exantheme an alle möglichen Ursachen zu denken haben, und manches rätselhafte autotoxische Exanthem dürfte sich wohl als toxisches, durch von außen eingeführte Agentien auf solch eigentümliche Weise hervorgerufenes, entpuppen.

Aus dem Röntgenlaboratorium von Dr. A. Gunsett in Straßburg.

Methoden zur quantitativen und qualitativen Messung der Röntgenstrahlen für die Dermatologie.

Von

Dr. A. Gunsett, Straßburg.

Spezialarzt für Dermatologie.

Eine nutzbringende Anwendung der Röntgenstrahlen in der Medizin hat zur unerläßlichen Voraussetzung eine hohe Ausbildung der Röntgentechnik, und es ist wohl kein Zufall, daß das Röntgenverfahren sich überall dort einer besonders hohen Wertschätzung als Hilfsmittel zur Diagnostik sowie als therapeutisches Agens erfreut, wo in langjähriger fachmännischer Arbeit die methodischen Grundlagen dieses Verfahrens zu einer höheren Stufe der Entwicklung gebracht werden konnten.

Was aber für die Diagnostik gilt, das trifft in eben demselben oder vielleicht in höherem Maße für die Therapie mittels Röntgenstrahlen zu. Denn während durch eine ungenügende Methode in der Diagnostik nur für den Patienten lediglich kein Nutzen erzielt wird, insofern, daß eine Förderung der Diagnose durch das Röntgenverfahren nicht erreicht wird, kann andererseits in der Therapie durch einen mangelhaften Ausbau der Methodik, sowie durch eine ungenügende Kenntnis der Wirkung der Röntgenstrahlen auch in erheblichem Maße Schaden gestiftet werden. Die Röntgenstrahlen sind in ihrer qualitativen Zusammensetzung so variabel, und man kann sie in so verschiedener Dosis und Kombination geben, daß es nicht dem Zufall überlassen bleiben darf, welche der verschiedenen Einwirkungsarten im Einzelfalle eintritt, sondern der ärztlichen Einsicht und dem ärztlichen Können. Das Bedürfnis nach einer exakten Indikationsstellung und nach einer einwandsfreien Methodik ist also ein dringendes, und wie für jeden Zweig der Medizin, so sollte vor allem

Digitized by Google

auch für das röntgentherapeutische Verfahren der oberste Grundsatz, das: primum non nocere sein und Gemeingut der Ärzte werden, welche die Röntgenstrahlen in ihrem Berufe zu therapeutischen Zwecken anwenden müssen.

Daß wir aber heute schon über Methoden verfügen, welche diesem Grundsatze des nihil nocere in weitgehendem Maße gerecht werden und mit denen der Praktiker, wenn er sie richtig anwendet, Schädigungen mit absoluter Sicherheit vermeiden kann, das im einzelnen zu zeigen, soll der Zweck der vorliegenden Abhandlung sein.

Die erste für therapeutische Bestrahlungen angewandte Methode war eine rein empirische und fußte auf den Erfahrungen, die jeder Röntgenologe sich erworben hatte. Es gab weder ein Maß für die applizierte Menge von Röntgenstrahlen, noch überhaupt ein einheitliches Verfahren. Jeder Röntgenologe bestrahlte ähnlich, wie er photographierte; vielfach wurden sogar die zur Photographie unbrauchbaren Röhren zur Therapie verwendet. Man berücksichtigte einige Faktoren, wie primäre Stromstärke, Funkenlänge, Entfernung der Röhre vom Objekt, in ganz allgemeiner Weise und belichtete mehr oder minder lange Zeit. Da alle diese Werte bei jedem Instrumentarium und jeder Röhre andere waren, hatte natürlich die Angabe der Belichtungszeit absolut keinen Wert. Es war ein Zufall, wenn ein anderer Röntgenologe bei Wiederholung einer derartigen Versuchsanordnung in derselben Zeit denselben Effekt erzielte. So kam auch die große Zahl von Röntgenverbrennungen zustande, welche so lange jede Röntgentherapie und speziell diejenige der Hautkrankheiten in Mißkredit brachte. Leider können sich auch heutzutage noch viele Röntgenologen nicht von dieser „Dosierung nach dem Gefühl" freimachen und verzichten lieber, wenn sie vorsichtig sind, auf die Bestrahlung von Hautkrankheiten, bei welchen die Röntgenstrahlen nicht eine absolute Indikation bilden.

Es ist in der Tat heutzutage möglich, die Röntgenstrahlen vollständig wie ein Medikament zu behandeln. Man kennt ihre wirksamen Dosen und kennt ihre maximalen Dosen. Als Normaldosis, als Einheitsdosis, nach welcher gemessen wird, hat man die Epilationsdosis gewählt. Es ist das diejenige Dosis, bei welcher eine elektive Lähmung der Zellen der Haarpapille eintritt, bei welcher also auf dem behaarten Kopfe die Haare zum Ausfallen kommen, ohne daß ein bemerkenswertes Erythem der Kopfhaut dabei herbeigeführt wird. (Der vielfach übliche Ausdruck „Erythemdosis" ist deshalb nicht glücklich gewählt, weil diese Dosis je nach dem Körperteil ganz verschieden ist, z. B. im Gesicht viel kleiner als am Rumpfe.) Manche Hauterkrankungen brauchen nur wenige Bruchteile einer Normaldose (Psoriasis), andere brauchen erheblich mehr zu

Digitized by Google

ihrer Heilung (Kankroid). Es ist deshalb bei einer auf wissenschaftlicher Basis beruhenden Röntgentherapie unbedingt nötig, die Röntgenstrahlen quantitav und qualitativ messen zu können, um in der Lage zu sein, die in jedem Falle passende Dosis zu applizieren.

Es gibt zwei Arten von Methoden zur quantitativen Messung von Röntgenstrahlen. Erstens die indirekten Dosierungsmethoden, welche die elektrische Energie messen, die wir der Röntgenröhre zuführen, wobei also diejenigen Größen als Ausgangspunkte der Messung dienen, welche die Strahlung verursachen. Man weiß, daß die verabreichte Röntgenlichtmenge proportional ist dem Produkt aus der Spannung und Stärke des sekundären Stromes und der Bestrahlungszeit, dividiert durch das Quadrat der Entfernung, bei konstanter Glaswanddicke und Transformation im Antikathodenmetall. Wären diese Faktoren alle vollständig meßbar und blieben sie während des Funktionierens konstant, so wäre diese Methode der Dosierung sehr wohl brauchbar. Leider sind die meisten dieser Faktoren bei der Emission des Röntgenlichts so enormen Schwankungen ausgesetzt, daß man sie nicht in bestimmter Weise in Rechnung setzen kann, so daß man leicht folgenschweren Dosierungsirrtümern ausgesetzt ist.

Ein zweiter Weg besteht in der direkten Messung der aus der Röhre austretenden Röntgenstrahlen, d. h. des durch die Röhre gelieferten Umsetzungsprodukts der elektrischen Energie. Diese Außenstrahlung wird gemessen, indem man ihre Wirkungen mißt, von denen hauptsächlich die elektrischen und die chemischen in Betracht kommen. Eine Messung der elektrischen Leistungen der Strahlen beruht darauf, daß die Luft, wenn sie von Röntgenstrahlen durchsetzt wird, zu einem guten Leiter für Elektrizität wird, sie wird ionisiert, und dieser Ionisationseffekt ist der Röntgenlichtmenge proportional. Es ist klar, daß man darauf eine Dosierungsmethode basieren kann, aber diese Methode, um deren Ausbau sich Villard sehr verdient gemacht hat und die ja zur Messung radioaktiver Substanzen Hervorragendes leistet, ist bezüglich der Röntgenstrahlen bis jetzt nur für wissenschaftliche und physikalische Zwecke verwendet worden.

Für die Praxis ist nur die chemische Wirkung der Röntgenstrahlen zur Messung zu gebrauchen, und Holzknecht war der erste, der auf diesem Wege ein Instrument konstruierte. Man bestrahlt mit der Haut zugleich ein Reagenz, das sich im Röntgenlicht mehr und mehr verändert, und liest den Grad der Veränderung und damit die Röntgenlichtmenge an einer Standardskala direkt ab. Es mußte dann durch viele Versuche festgestellt werden, welcher Grad der Veränderung des chemischen Körpers der oben besprochenen Normaldosis entspricht. Es gibt eine

Digitized by Google

Reihe von Instrumenten, welche die durch Röntgenlicht erzeugte chemische Veränderung zur Messung der Röntgenstrahlen verwenden, von denen aber nur noch zwei im allgemeineren Gebrauch sind. Es sind dies das Quantimeter von Kienböck und das Dosimeter von Sabouraud-Noiré.

Das Quantimeter von Kienböck stellt ein dosimetrisches Verfahren dar, das sich der Wirkung der Röntgenstrahlen auf die photographische Schicht bedient. Ein Streifen Bromsilberpapier wird für die Dauer der Bestrahlung auf die bestrahlte Körperpartie gelegt und nach der Sitzung entwickelt. Der Schwärzungsgrad wird dann mit einer Normalskala verglichen, die aus einem stufenweise belichteten Papierstreifen, in entsprechend ansteigenden Schwärzungsgraden vom zartesten Lichtgrau bis zu den dunkelsten Schattentönen, besteht. Kienböck hat seine Skala geeicht nach sog. quantimetrischen Einheiten — jede solche Einheit bezeichnet er als ein X. Zehn solcher X entsprechen, wie durch viele Versuche festgestellt worden ist, der Normaldosis. Da dieses Verfahren etwas kompliziert ist und vor allem, weil dieses Quantimeter kein offenes Dosimeter ist, d. h. weil es nicht während der Bestrahlung eine Kontrolle der applizierten Röntgenlichtmenge gestattet, so wendete sich die Praxis lieber dem viel einfacheren Instrument von Sabouraud-Noiré zu. Übrigens rät sogar Kienböck selber, neben seinem Quantimeter noch das Radiometer dieser Verfasser anzuwenden[1]). Eine erbsengroße Tablette aus Bariumplatinzyanür wird bestrahlt, bis seine leuchtend grüne Farbe in ein ausgesprochenes Gelbbraun verwandelt ist. Sowohl die Ausgangsfarbe (Teinte A), als die Endfarbe, bis zu welcher bestrahlt werden soll (Teinte B), sind in haltbaren Testfarben dem Radiometer beigegeben. Die Teinte B ist so gewählt, daß, bei Anbringen der Tablette in halber Distanz zwischen Fokus und Haut, die zur Erzeugung dieser Teinte gebrauchte Röntgenstrahlenmenge der Normaldosis genau entspricht. Dieses Instrument ist äußerst leicht zu handhaben, hat aber den Nachteil, daß es nur die Normaldosis = 10 X abzulesen gestattet. In der Dermatologie brauchen wir aber in hohem Maße Bruchteile derselben, da wir wissen, daß viele Krankheiten (Ekzem, Psoriasis, Lichen usw.) schon auf ganz kleine Dosen reagieren und wir in anderen Fällen die ganze Dosis nicht auf einmal, sondern in Teilen geben wollen. Wir müssen deshalb in der Lage sein, nicht nur 10 X auf einmal, sondern jeden Bruchteil davon, ein, zwei, drei X usw. in exakter Dosierung geben zu können. Mehrere Verfahren führen nun hier zum Ziele.

Vielverbreitet ist die von H. E. Schmidt angegebene Methode. Die Normaldosis wird ohne direktes Dosimeter gemessen, aber mit einer

[1]) Münchener medizinische Wochenschrift, 1911, Nr. 27.

Digitized by Google

Röhre, die einmal mittels eines direkten Dosimeters z. B. Sabouraud-Noiré, geeicht ist und dann immer unter den gleichen Betriebsbedingungen gehalten wird, welche man mittels Milliamperemeter und der parallelen Funkenstrecke kontrolliert. Braucht man für 10 X 20 Minuten, so wird bei einer Belichtung von 10 Minuten eine Dosis von 5 X erreicht usw., wobei die Betriebsverhältnisse genau die gleichen sein müssen, wie zur Zeit der Eichung der Röhre. Es handelt sich also um eine Kombinierung der direkten und der indirekten Messung. Holzknecht[1]) nennt die „Eichung einer in ihrer Leistung so schwankenden Maschine wie die Röntgenröhre eine Selbsttäuschung" und fügt hinzu: „Sie bringt nur einige Regelmäßigkeit in den Betrieb, so daß der unglückliche Mißgriff nur hinausgeschoben wird." Er beschritt deshalb einen anderen Weg und konstruierte unter Verwendung des Prinzips der Hämatometer eine vielstufige Skala, in der die Zwischenstufen zwischen Teinte A und B des Sabouraudschen Radiometers angegeben sind und direkt abgelesen werden können.

(Schluß folgt.)

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Januar 1912, Bd. 19, Heft 1.

Über neuere Behandlungsmethoden blennorrhoischer Komplikationen, von Rohrbach. Blennorrhoische Epididymitiden werden durch Elektrargolinjektionen bezügl. der Krankheitsdauer und der Schmerzstillung günstiger beeinflußt als durch eine antiphlogistische Therapie. Doch ist das restierende Infiltrat so derb und die günstige Beeinflussung so unsicher, daß der sehr. schmerzhafte Eingriff einer Elelektrargolinjektion, besonders in der ambulanten Praxis, nicht als allgemeine Behandlungsmethode empfohlen werden kann.

Die Vakzinetherapie leistet bei Epididymitis in 50% nicht nur hinsichtlich der Abkürzung der Krankheitsdauer und der Beseitigung der Spontan- und Druckschmerzen, sondern auch bezüglich der Resolution der Infiltrate und der Weichheit der restierenden Entzündungsprodukte so Gutes, daß ein Versuch mit ihr, auch in der ambulanten Praxis, in jedem Falle angezeigt erscheint, zumal da die Injektion nahezu schmerzlos und ohne irgendwelche schädliche Nachwirkungen ist. Bei blennorrhoischen Arthritiden ist die Anwendung der Vakzine direkt indiziert, da wir mit den bisherigen Maßnahmen niemals so schnell eine völlige Schmerzstillung und dauernde Entfieberung sowie eine annähernde anatomische und besonders funktionelle Restitutio ad integrum erzielen konnten.

Die Serodiagnostik der Syphilis, von Altmann. Verfasser bespricht die verschiedenen Hypothesen einer Reaktion und deren verschiedene Modifikationen. Er

[1]) Holzknecht, Grundlagen der Röntgentherapie. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung, 1910, Augustheft, S. 94.

Digitized by Google

resümiert dafür, daß keine Modifikation imstande ist, die Originalmethode zu ersetzen. Wenn auch die Sternsche Modifikation mit Nutzen verwendet werden kann, so muß man sich andererseits hüten, in diagnostischer Beziehung aus ihr weitgehende Schlüsse zu ziehen. Er wünscht mit Recht eine Zentraluntersuchungsstelle. Nur solche Resultate sind zu bewerten, die mit einer einwandfreien Methodik gewonnen sind. Positive Resultate bei nichtluetischen Erkrankungen sind inkomplette Hemmungen, die vorsichtig beurteilt werden sollen, nur bei Lepra, Framboesia tropica, Narkosenblut, Malaria, Scharlach und eklamptischem Anfall kamen außer bei Syphilis positive Resultate vor. Was den diagnostischen Wert der Reaktion im primären Stadium anlangt, so kommt er erst nach der sechsten Woche in Betracht, während in den ersten Wochen nach der Infektion der Spirochätennachweis zur Diagnose gehört, der eine sofortige Behandlung insbesondere mit Salvarsan erfordert. Im Sekundärstadium schwanken die Angaben über das Vorkommen der positiven W. R. zwischen 70 und 100%, wobei es darauf ankommt, ob der Patient vorher behandelt wurde oder nicht. In der tertiären Periode schwanken die Angaben der Untersuchung zwischen 50—100%. Von besonderem Wert ist sie zur Entdeckung latent syphilitischer Ammen und Kindermädchen.

Bei parsyphilitischen Erkrankungen reagieren bei Tabes fast alle unbehandelten Fälle positiv, bei Behandelten 50—75%. Bei Paralyse in fast 100%. Wesentlich gefördert ist die Frage des Einflusses der Therapie auf die W. R. durch die Einführung des Salvarsans. Je rascher die Injektionen auf einander folgen, um so schneller verschwindet die positive Reaktion besonders bei Kombination mit Quecksilber.

Syphilidophobie, von Scheuer. In einem lesenswerten Aufsatz spricht sich der Verfasser über das Wesen, Ursache und Bekämpfung der krankhaften Angst vor Syphilis aus. Die Bezeichnung Syphilidophobie stammt von Ricord, der die Syphilidophobie die übelste Form der Hypochondrie nennt. Nach Benda ist sie ein hypochondrisch-melancholischer Zustand, bei welchem die Syphilis den Hauptinhalt der Vorstellungen bildet und die Vorstellungen selbst von lebhaftem Angstgefühl betont werden. Der Charakter der Syphilidophobie wird bestimmt durch zwei Faktoren, einerseits durch die Person des Kranken selber, andererseits durch die furchterregenden Einflüsse. Wissenschaftlich ist die Syphilis als psychogene Krankheit aufzufassen nach der Definition Birnbaums, nach welcher psychogene Krankheitsformen solche sind, deren Entstehung auf affektiv wirksame Geschehnisse zurückzuführen sind. Wichtig für die Ätiologie ist die individuelle Anlage. Vielfach sind es moralische Gründe, die dem Syphilitiker Angst einflößen, dem Tuberkulösen z. B. Vertrauen, weil man mit dem Tuberkulösen Erbarmen, vor dem Syphilitiker Abscheu hat. Die Syphilidophobie wird aufhören, wenn die Krankheit Syphilis für ehrlich erklärt wird. Chrzelitzer-Posen.

Bulletin de la Société Belge de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 12. Februar 1911.

Ein Fall von syphilitischer Reinfektion, von Morelle-Brüssel. Der Patient hatte Anfang 1906 einen Primäraffekt der Oberlippe mit sekundären Folgeerscheinungen, weswegen er mit Quecksilbereinreibungen behandelt wurde. In den folgenden Monaten zeigte er öfters syphilitische Erscheinungen und unterzog sich mehrfachen Hg-Kuren. Seit Oktober 1906 keine sicheren Erruptionen mehr, unregelmäßige Quecksiberbehandlung. Wassermann negativ. Anfang Januar 1911 hatte er einige Wochen nach einem verdächtigen Koitus eine kleine, leicht indurierte Ulzeration an der Vorhaut, die für Herpes gehalten wurde. Diese vergrößerte sich, die Basis indurierte, die Lymphdrüsen

Digitized by Google

schwollen an, Spirochäten +, Wassermann +. Exzision. Verf. hält das Geschwür für einen Primäraffekt.

In der Diskussion wird diese Auffassung bestritten.

Behandlung der Syphilis mit Arrhenal, von Poirier-Antwerpen. Verfasser berichtet über gute Erfolge mit diesem Mittel und weist besonders auf eine Kranke hin, deren Syphilis trotz ausgiebiger Quecksilber- und Salvarsanbehandlung im Laufe von zwei Jahren ununterbrochen rezidivierte. Durch zweimalige Injektion von 0,5 Arrhenal wurden die Erscheinungen bedeutend gebessert.

In der Diskussion wird die Pathogenese der nervösen Störungen nach Salvarsaninjektionen besprochen.

Ein Fall von Arteriitis mit Gangrän bei einem Syphilitiker, von Morelle-Brüssel. Bei einem 35jährigen Manne trat vor drei Jahren eine Behinderung des Gehens bei den ersten Schritten auf; ein Jahr später bekam er Kältegefühl im rechten Beine, dem allmählich eine Gangrän der großen und kleinen Zehe folgte. Da der Wassermann positiv war, wurde eine antisyphilitische Kur eingeleitet, doch ohne jeglichen Erfolg. Die Gangrän schritt weiter, und in mehreren Operationen mußte schließlich das Bein bis zum Knie abgenommen werden. Etwa $^1/_2$ Jahr später begannen Schmerzen und das Gefühl des Einschlafens im linken Beine. Wassermann negativ. Salvarsan ohne Erfolg. Histologisch zeigt sich, daß die Intima der Poplitea fehlt und das Lumen durch Bindegewebe ausgefüllt ist. Verfasser hält das Leiden für eine Raynaudsche Gangrän. (Nicht zu übersehen ist, daß der Kranke starker Zigarettenraucher ist! War der erste Wassermann richtig? D. Ref.)

Sarkom oder Mycosis fungoides, von Thomson-Brüssel. Ein Patient hatte auf der linken Brustseite einen mäßig derben, bläulichen, indolenten Knoten, der von kleineren gleichartigen umgeben war. Während anderwärts die Diagnosen Syphilis und wahrscheinliche Mykosis gestellt worden waren, dachte der Verfasser eher an Hautsarkomatose. Im Laufe der Zeit bedekte sich der ganze Körper mit solchen Knoten. Einer wurde histologisch untersucht; ein Untersucher neigte zur Diagnose: Sarkom, ein anderer: Entzündungsgewebe. Durch Röntgenstrahlen wurden alle Tumoren beseitigt.

Talgzyste, von Thomson-Brüssel. Ein Mann hatte auf der linken Wange eine Talgzyste, die von einem Arzt inzidiert wurde, nicht heilte und dann die Diagnose nicht leicht machte.

Sitzung vom 9. April 1911.

Lupus erythematosus, von Thompson-Brüssel. Guter therapeutischer Effekt mit Kohlensäureschnee. Diskussion über diese Behandlungsmethode.

Fall zum Diagnostizieren, von Dubois-Havenith-Brüssel. Bei einer 66jährigen Frau trat vor sechs Monaten eine schmerzhafte Anschwellung des linken Handgelenkes auf. Auf der Handfläche entstanden hierauf hanfkerngroße, harte, trockene Knötchen, die sich mit einer Hornkruste bedeckten, weder schmerzten noch juckten. Durch Konfluenz entstanden größere Herde. Seit zwei Wochen ähnliche Herde rechts. Wassermann negativ. Heilung durch einfache Salbenbehandlung. Die Diagnose schwankt zwischen atypischer Psoriasis, psoriasiformem Syphilid, Keratodermia palmaris und einer trophoneurotischen Dermatose. Verf. neigt der ersten Diagnose zu.

Richard Frühwald-Leipzig.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Dezember 1911.

Histologische Untersuchungen über das Hautfett, von S. Nicolau-Bukarest. Eingehende Studien über das Fett der Haut von den verschiedenen Gegenden des mensch-

Digitized by Google

lichen und tierischen Körpers haben den Verf. zu folgenden Schlüssen geführt: Die konstante Anwesenheit des Fettes in der Haut in jedem Alter erweist endgültig die Unrichtigkeit der Annahme, daß es sich um ein Degenerationsprodukt handle. Im Gegenteile ist es wahrscheinlich, daß das Fett ein Produkt der Zelltätigkeit ist und ein Reservematerial bildet, dem eine wichtige Rolle bei der Ernährung der Zellen zufällt. Für diese Hypothese sprechen zwei Umstände: 1. hat die Epidermis, obwohl sie sich im Zustande der konstanten Regeneration befindet, keinerlei Gefäße oder sonstige direkte Ernährungswege; 2. findet sich das Fett hauptsächlich in der basalen Schicht, während seine Menge nach oben zu, in den Schichten mit reduzierter Vitalität allmählich abnimmt. Den Befund von Fett in der Hornschicht betrachtet der Verf. als Effekt der Imbibition mit dem auf der Hautoberfläche ausgebreiteten Fett der Talgdrüsen.

Auch in der Kutis findet sich regelmäßig Fett. Dieser Befund kann eine Änderung der Anschauungen über die Natur des Xanthoms herbeiführen, das ja durch Zellen, die mit Fettkörnchen angefüllt sind, charakterisiert ist. Man kann das Xanthom nämlich als einfache Hypertrophie des normalen Fettes betrachten und demgemäß in die Kategorie der Nävi einreihen.

Auch in den Zellen zweier Epitheliome fand sich Fett. Der Verf. erwartet überhaupt interessante Aufschlüsse von Untersuchungen über das Hautfett bei verschiedenen Dermatosen.

Die Chemie der Haut nach den neuen Arbeiten von Unna und seinen Mitarbeitern, von A. Civatte. Gedrängte und übersichtliche Zusammenfassung der von Unna und Golodetz in ihren Arbeiten über die Chemie der Haut erhobenen Befunde, die zu kurzem Referate nicht geeignet ist. Gleichzeitig Besprechung der Methodik.

Mastitis gummosa, Brustdrüsenkrebs vortäuschend, von Pied. Krankengeschichten von drei Frauen im Alter von 40—45 Jahren, die von der genannten Affektion befallen waren. Das Leiden begann mit unbestimmten, schmerzhaften Empfindungen in der Brust; es entwickelten sich hierauf sehr schmerzhafte Knoten, die allmählich an Volumen zunahmen und mit der Haut wie mit der Unterlage verwuchsen. Dabei bestand derbe, schmerzhafte Schwellung der Achseldrüsen. In zwei Fällen waren die Tumoren multipel, beim dritten fand sich nur ein großer Knoten, der die Hälfte der Brust einnahm. In einem Falle bestanden noch andere syphilitische Erscheinungen. Heilung durch spezifische Behandlung. Richard Frühwald-Leipzig.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 9. November 1911.

Ulzeriertes Lymphadenom des Halses, ein Gumma vortäuschend, von Milian. Eine 22jähr. Patientin bemerkte seit 9 Jahren einen Knoten an der rechten Halsseite, der allmählich größer wurde, mit der Umgebung verwuchs und schließlich ulzerierte. Da die ovale, regelmäßig begrenzte, von einer Infiltration umgebene Ulzeration einem Gumma äußerst ähnlich war und Zeichen, die auf hereditäre Syphilis schließen ließen, gefunden wurden, bekam die Kranke 3mal 0,3 Salvarsan. Die Ulzeration vergrößerte sich indes, es traten neue Drüsenschwellungen auf, weshalb eine Probeexzision vorgenommen wurde, die ein reines Lymphadenom ergab.

Tuberkulöser Schanker des Kinnes, von Milian. Ein 10 Monate altes Kind hatte am Kinne einen dreieckigen, gelblichen Substanzverlust mit starker regionärer Drüsenschwellung. Die Diagnose „primäre Syphilis" wurde durch eine schwach positive Wassermannsche Reaktion gestützt. Doch ergab die histologische Untersuchung typisch

Digitized by Google

tuberkulöse Struktur. In dem Auftreten eines vesikulösen Ekzems in der Umgebung sieht der Verfasser einen neuerlichen Beweis für dessen tuberkulöse Ätiologie.

Reinfektion nach Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber, von L. Brocq und P. Fernet. Zwei Kranke, die wegen sekundärer bezw. primärer Syphilis mit intravenösen Salvarsaninjektionen und mit Hg bijodat. behandelt worden. Die erste kam nach vier Monaten wieder mit einem indurierten Ulkus an der Vulva, regionärer Drüsenschwellung und Roseola. Der zweite hatte einen Monat nach Beendigung der Behandlung ein Geschwür an der Vorhaut, mit allen Charakteren eines Primäraffektes, das nach einem Monat von makulopapulösem Exanthem und Schleimpapeln gefolgt war. Die Verfasser glauben, diese zwei Beobachtungen, besonders die zweite, als Reinfektion deuten zu können. (Sollte dies glaubwürdig erscheinen, müßte wenigstens angegeben sein, ob das zweite Exanthem annulär war. D. Ref.) Längere Diskussion.

Reinfektion mit Syphilis bei zwei durch Salvarsan geheilten Kranken, von Jeanselme und Vernes. Diese zwei Fälle lassen wohl auch noch eine andere Erklärung zu. D. Ref.

Konfluierende Adenomata sebacea, erfolgreich mit Radium behandelt, von Hudelo, Darbois und Gallet. Eine 47jährige Frau, bei der das Leiden im achten Lebensjahre begonnen und im Laufe der Zeit das ganze Gesicht eingenommen hatte, wurde systematisch mit Radium bestrahlt und fast gänzlich geheilt.

Ravaut weist auf seine guten Erfolge mit heißer Luft hin.

Zwanzig syphilitische Sklerosen am Penis: Autoinokulation, durch Krätze begünstigt, von Gaucher und Bricout. Der Titel sagt das Wesentliche.

Keratodermia symmetrica palmaris et plantaris, von Brocq und Fage. Ein 16jähr. Mädchen zeigte auf den Handtellern und Fußsohlen starke, gelblich gefärbte Hyperkeratosen, die von einem intensiv roten Rande umgeben waren und an ersterer Stelle auch auf die Finger übergriffen. Am Thenar und Hypothenar dichtgedrängte zottige Erhebungen.

Ein Nävus mit dem Aussehen der Kupferfinne, von Gaucher, Gougerot und Thibaut. Die Kranke hatte auf der Nase und den Wangen einen Nävus, der fürs erste wie eine Kupferfinne aussah. Die richtige Diagnose war aber möglich, da die Affektion seit der Kindheit bestand und da die Effloreszenzen stärker eleviert, trockener, horniger, stärker infiltriert und schärfer begrenzt waren.

Papulo-squamöse Syphilide, einen Lupus erythematosus vortäuschend, von Gaucher, Gougerot und Croissant. Ein 57jähr. Patient hatte auf den Extremitäten, dem Stamme und Hals papulo-squamöse, zirzinnäre, nicht infiltrierte Herde mit atrophischem Zentrum. Die Läsionen glichen völlig einem Lupus erythematosus. Da sichere Zeichen von Syphilis vorhanden waren, wurde eine spezifische Kur begonnen, durch die die genannten Läsionen zur Abheilung gebracht wurden.

Behandlung des Lupus vulgaris der Haut und der Schleimhaut mit dem kaustischen Leime nach Boeck, von F. Balzer. B. hat mit dem Pyrogallol, Resorzin und Salizylsäure enthaltenden Medikamente von Boeck sehr gute Erfahrungen bei der Behandlung des Lupus vulgaris gemacht.

Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von F. Balzer und Godlewski. Bekanntes.

Psoriasis tardiva mit starkem Juckreiz, von H. Hallopeau und E. François-Dainville. Die Kranke wurde in ihrem 51. Lebensjahre zum ersten Male von einer am Ellenbogen beginnenden Psoriasis vulgaris befallen. Diese Eruption war von außerordentlich heftigem Juckreiz begleitet, der durch Teer verschlimmert und erst durch antipsoriatische Behandlung gemildert wurde.

Digitized by Google

Erythroplasia glandis, von GUEYRAT. Der Verfasser hatte viermal Gelegenheit, das folgende, bis jetzt noch nicht beschriebene Krankheitsbild zu beobachten: Auf der Eichel treten verschieden große, rote, lackartig glänzende Flecke auf, die sich konstant vergrößern. Sie sind indolent, wenig infiltriert und zeigen gelegentlich kleine Ulzerationen. Obwohl bei drei Patienten Syphilis vorausgegangen war, blieb eine spezifische Kur völlig erfolglos. Histologisch findet man am Rande der Läsion Parakeratose. Gegen das Zentrum zu jedoch beginnen die basalen Schichten zu proliferieren, und es zeigt sich typische epitheliomatöse Umwandlung.

Ein Fall von Dermatitis herpetiformis hypertrophica et vegetans, von PETRINI DE GALATZ. Das bei der 38jähr. Patientin seit einem Jahre bestehende Leiden äußert sich in roten Flecken, schubweise auftretenden Bläschen, die bald platzen und deren Grund sich etwas erhebt. Dabei besteht Juckreiz. Unter lokaler und innerlicher Behandlung Abheilung mit Pigmentierung.

Syphilisrezidive trotz dreimaliger Salvarsaninjektion und trotz Negativwerden der WASSERMANNschen Reaktion, von DU BOIS. Zwei Beobachtungen.

Eine neue Mykose: die Kladiose nach BLOCH, von GOUGEROT. Referat über die Beobachtung von BLOCH (BLOCH und VISCHER, s. diese Ztschr., Bd. 53, S. 439.)

Spirochäten in einem Gumma, von GAUCHER und A. PARIS. Bei einer 26jähr. sekundärluetischen Patientin traten im Laufe der Behandlung zwei Knoten, am rechten Beine und unter der linken Brust, auf. Die Kranke erlag einem dyspnoischen Anfalle. Die anatomische Untersuchung ergab miliäre Gummen in der Leber und den Nieren. Im Knoten vom Beine fanden sich nach der Methode von LEVADITI Spirochäten in der Randzone.

Behandlung der Mykosis fungoides mit den neuen Arsenpräparaten, von BRAULT. Bei einem Kranken im zweiten Stadium der Mykosis fungoides wurde sowohl mit Hektin als mit Salvarsan eine Besserung erzielt.

Behandlung der Lepra mit Salvarsan, von BRAULT. Ein Kranker mit Lepra maculosa, tuberosa und anaesthetica erhielt drei intravenöse Salvarsaninjektionen à 0,5. Die leprösen Herde blaßten ab, die Infiltration wurde geringer und die Sensibilität wurde stellenweise wiederhergestellt.

Sitzung vom 7. Dezember 1911.

Lepra und Salvarsan, von E. JEANSELME. Salvarsan ist nicht imstande, die Erscheinungen der Lepra zu bessern. Es wird nur eine mäßige Lokalreaktion beobachtet.

Die Dosierung von Salvarsan, von LEREDDE. L. wendet sich gegen die schematische Herabsetzung der Salvarsandosen und die Fixierung der Einzeldosis mit 0,3. Gesunde Leute müssen 0,01 pro kg bekommen, dagegen soll man bei Herz- oder Nierenkranken mit ganz kleinen Dosen (0,1—0,2) anfangen und unter genauester Kontrolle der Reaktionen zu steigen versuchen.

Schwere nervöse Störungen nach Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber, von SULZER, FAGE, RICHOU und ETTINGER. Eine Kranke erhielt drei intravenöse Salvarsan- und zehn intravenöse Zyanquecksilberinjektionen. Zwei Tage nach der letzten Hg-Spritze wurde sie von heftigen Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen und Schwerhörigkeit befallen. Es bestand ferner Ödem der Retina und Neuroretinitis haemorrhagica. Dazu gesellte sich hohes Fieber und beiderseitige Ophthalmoplegia interna. Binnen 14 Tagen waren alle Erscheinungen ohne jegliche Therapie völlig geschwunden.

Digitized by Google

Ehrlichs letzte Mitteilung über Salvarsan, von Sulzer. Erläuternde Besprechung des Vortrags von Ehrlich gelegentlich des Karlsruher Naturforschertags 1911.

Ein Brief von Ehrlich über Salvarsan, von Emery. E. verliest einen Brief von Ehrlich, der das in Frankreich entstehende Mißtrauen gegen Salvarsan beseitigen soll. Gleichzeitig empfiehlt Emery die Anwendung seiner Technik: 1. wiederholte Injektion von höchstens 0,3 Salvarsan; 2. alkalische Lösuug des Mittels in destilliertem Wasser ohne Kochsalzzusatz; 3. Kochen des Wassers unmittelbar vor der Injektion, damit die Luft entfernt werde. E. hat keine Erscheinungen gesehen, die dieser Methode zur Last gelegt werden könnten.

Gumma des Gaumens, Zerstörung des harten Gaumens. Erfolglosigkeit des Quecksilbers, Heilung durch Salvarsan, von Leredde. Eine 18jähr. Hereditärsyphilitische, die an den genannten schweren Veränderungen litt, wurde durch 3 Jahre vergeblich mit Hg behandelt. 3mal 0,6 Salvarsan intravenös brachten rapide Heilung.

Syphilitische Zerstörung der Nase und der Nasenhöhlen ein Jahr nach dem Primäraffekt, von Gaucher, Gougerot und Bricout. Der Titel sagt das Wesentliche. Fast völlige Heilung durch chirurgischen Eingriff und spezifische Behandlung.

Zirzinnäres, zentrifugales Erythem, von Coyon und Gougerot. Bei einem 33jährigen Patienten traten 3—4 mm große, blaß- oder violettrote Flecke auf, die sich rasch vergrößerten, annulär wurden, zentrifugal weiterschritten, konfluierten, polyzyklische Figuren bildeten und schließlich nach 4—6 Tagen allmählich verschwanden. Da der Mann tuberkulös ist, halten es die Verfasser nicht für ausgeschlossen, daß es sich um ein erythematöses Tuberkulid handle.

Verschiedene Hauttuberkulosen: Lupus pernio der Hände, Nase und Ohren; Lupus erythematosus squamosus der Hände, Ohren und des Halses; papulonekrotische Tuberkulide der Arme, von Coyon uno Gougerot. Der Titel sagt das Wesentliche. Die Koinzidenz von Dermatosen, deren tuberkulöse Ätiologie teils anerkannt, teils strittig ist, beweist für die Verfasser die gemeinsame tuberkulöse Genese.

Behandlung der systematisierten verrukösen Nävi (lineäre und herdförmige) mittels Bestrahlung und Kohlensäureschnee, von Hudelo und v. Jong. Ein Mädchen mit dem besagten Leiden wurde durch Röntgenstrahlen und Kohlensäureschnee bedeutend gebessert.

Rezidivierende akquirierte Syphilis trotz wiederholter Salvarsankuren bei einer Kranken mit Stigmen der hereditären Syphilis, von Hudelo und Jolivet. Der Titel sagt das Wesentliche.

Lupus des Gesichtes und des Thorax. Heilung durch heiße Luft, von Paul Ravaut. Bei einer Patientin, deren seit 15 Jahren bestehender Lupus allmählich das Gesicht, die Unterkinngegend und die Brust ergriffen hatte, wandte Ravaut seine Methode der Behandlung mit heißer Luft an: In Chloroformnarkose Exkochleation und Kauterisation mit Luft von 700°. Durch zwei Sitzungen wurde die ganze Affektion geheilt und durch eine zarte Narbe ersetzt. Die Kranke ist seit 2 Jahren rezidivfrei.

Behandlung der Psoriasis durch Bäder mit Teer- und Chrysophansäurezusatz, von Balzer, Lévy-Franckel und Condat. Die Verfasser haben mit folgender Behandlungsmethode bei Psoriasis gute Erfolge gehabt: Durch einige Tage gewöhnliche Reinigungsbäder und Vaselinapplikation am Abend. Dann täglich durch $^1/_2$—1 Stunde Bäder mit Zusatz von 50 g Teeröl und 2,0 Chrysophansäure. Während der Nacht abermals Vaseline.

Die interne Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von L. Fournier, Guénot und Al. Renault. Die Verfasser gaben ihren Patienten 2—6 g Salvarsan in Einzeldosen von 0,4—0.5 in ein- bis viertägigen Zwischenräumen, und zwar gaben sie es als

Digitized by Google

Pillen oder in Lösung. Der Einfluß auf den Allgemeinzustand war sehr gut, auf die syphilitischen Erscheinungen aber sehr mäßig. Immerhin mag diese Behandlungsmethode für Fälle reserviert bleiben, bei denen die intravenöse Injektion aus irgendwelchen Gründen unmöglich ist.

Ambulante Behandlung der Beingeschwüre mit dem Zinkleimverband, von Longin. L. hat mit dem Zinkleimverbande ausgezeichnete Erfolge gehabt und empfiehlt diese Methode aufs wärmste. Thorel schließt sich diesem Lobe an.

Lokalisierte Sporotrichose mit langsamem Verlaufe, von Brocq und Fage. Bei einer Frau, die sich mit einem Holzspan an der Handfläche verletzt hatte, trat nach 5—6 Wochen auf dem Handrücken unterhalb der Phalangen eine Infiltration auf. Diese war scharf umschrieben, violett, teigig weich und ergriff in torpidem Verlaufe die Grundphalangen des zweiten bis vierten Fingers. Außer der ursprünglichen Wunde, die nie verheilt war, bestanden nur drei kleine, oberflächliche Ulzerationen. Aus diesen konnte Sporotrichon in Reinkultur gezüchtet werden.

Die Verfasser weisen auf die Seltenheit dieser lokalisierten Formen der Sporotrichose hin, die nur in einer Infiltration der Kutis und Subkutis an der Infektionsstelle bestehen und nur wenig ulzerieren.

Die Herstellung der alkalischen Salvarsanlösung, von Fouquet und Pépin. Technische Modifikationen.

Schanker des Zahnfleisches, von Gaucher, Lévy-Franckel und Ahmed Sikbal. Typischer Primäraffekt des Zahnfleisches am letzten rechten oberen Molarzahn bei einer Frau. Infektion durch eine Kokaininjektion zwecks Extraktion eines Zahnes.

Nebenerscheinungen bei Salvarsan. Statistik über 468 intravenöse Injektionen, von Leredde und Kuenemann. Kritische Besprechung der Nebenwirkungen des Salvarsan und Statistik aller Todesfälle.

Pellagra und pellagroides Erythem, von Brault. B. weist die Behauptung, daß die drei von ihm am 6. Juni 1907 demonstrierten Patienten nicht an Pellagra, sondern an einem pellagroiden Erythema multiforme litten, zurück. Als ausschlaggebend betrachtet er Farbe und Lokalisation der Erytheme, ferner die Verdauungsstörungen, sowie die nervösen Erscheinungen, wie Schwindel, Delirien, Tremor usw.

Richard Frühwald-Leipzig.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

Bd. 2, Nr. 20, Oktober 1911.

Aberrierende Steine des Ureters, von Samy Frenkel-Bukarest. Unter aberrierenden Steinen versteht der Verf. solche, die im Ureter eingekeilt, diesen perforieren und durch ihn hindurchtreten. Es sind gewöhnlich mittelgroße, unregelmäßige, meist maulbeerförmige Oxalat- oder Uratsteine, die in der Mehrzahl der Fälle einseitig sitzen. Sie erregen an der Stelle, wo sie eingekeilt sind, eine Ureteritis und Periureteritis, die meistens eitriger Natur ist, rarefizieren die Wand und treten schließlich durch, worauf sie sich in der Umgebung einkapseln oder durch eine Fistel nach außen gelangen können. Die Perforationsstelle im Ureter schließt sich rasch, so daß sie meist nicht mehr nachzuweisen ist. Die Nieren bleiben gewöhnlich von den Folgeerscheinungen des Ureterenverschlusses, wie Hydronephrose usw., verschont. Ätiologisch kommen außer den anderen Momenten, die eine Einkeilung des Steines bedingen, seine Härte und Form, sowie der Grad der Infektion in Betracht. Der Perforation des Ureters gehen natürlich alle Symptome von Nierensteinen und ihrem Durchtritt in den Ureter (Koliken, Oligurie,

Digitized by Google

Hämaturie usw.) voraus, nur daß eben kein Stein entleert wird. Der Austritt des Steines aus dem Ureter kann völlig unbemerkt, ohne klinische Erscheinungen vor sich gehen. Meist aber findet man die Zeichen der Abszeßbildung und der perinephritischen Phlegmone: Dumpfer, tiefsitzender Schmerz, Eiterfieber, Tumor in der Lendengegend. Der Abszeß kann nach außen, aber auch nach innen perforieren. Zur Diagnosenstellung kommen außer den erwähnten klinischen Symptomen noch der Ureterenkatheterismus und die Durchleuchtung in Betracht. Die Therapie ist chirurgisch.

Die Syphilis der Urethra, von Charles Baye. Zusammenfassende Übersicht über die Ätiologie, pathologische Anatomie, Klinik, Diagnose, Prognose und Therapie der Syphilis der Urethra in den verschiedenen Stadien. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Bd. 2, Nr. 21, November 1911.

Neue elektrolytische Instrumente zur Behandlung der Urethralstrikturen, von Li Virghi Girolano-Neapel. Der Verfasser hat ein neues Instrumentarium konstruiert, das die Strikturen nicht nur mechanisch dilatiert, sondern auch im ganzen Umfange der elektrolytischen und massierenden Wirkung eines galvanischen Stromes aussetzt. Mit dieser Behandlungsmethode hat er die besten Resultate gehabt, indem er die schwierigsten Strikturen dilatieren konnte, auch in Fällen, wo die klassischen Methoden versagten. Auch die Dauererfolge sind günstig. Die Urethrotomia interna wendet er nur an, wenn die Blase infiziert ist oder wenn der Patient Eile hat. Harte, schwielige Stenosen bleiben einem chirurgischen Eingriffe vorbehalten.

Die chirurgische Behandlung der akuten Nephritis, von G. Worms u. A. Hamant. Im Anschlusse an einen Fall von akuter Nephritis nach Osteomyelitis bringen die Verfasser die diesbezüglichen Beobachtungen aus der Literatur und besprechen die Frage der chirurgischen Therapie der akuten Nephritiden im Verlaufe einer akuten Infektion oder Intoxikation. Diese Nephritiden können vorübergehend sein und unter interner Behandlung heilen. Wenn aber die Anurie zu lange anhält, urämische Erscheinungen auftreten oder die Annahme von miliaren Abszessen besteht, so ist ein operativer Eingriff gerechtfertigt. Die Methode der Wahl ist die Nephrotomie mit prolongierter Dränage.

Bd. 2, Nr. 22, November 1911.

Ein Fall von tuberkulöser Striktur der Urethra bei einem Kranken mit Tuberkulose der Harnwege, von Georges Constantinesco. Das Leiden hatte bei dem 34jährigen Patienten mit Zystitis und Hämaturie begonnen, die jeder Behandlung trotzten. Später entleerte er Konkretionen, und im Verlaufe der Zeit trat eine Erschwerung der Miktion ein. Man fand das Corpus cavernosum urethrae in einen derben Strang verwandelt und am Penoskrotalwinkel eine Striktur für Bougie 10 durchgängig. Besserung durch Dilatation. Einige Wochen nach seiner Entlassung kam er wieder mit der Striktur, mit Zystitis und wahrscheinlicher Tuberkulose der oberen Harnwege. Exzision der Striktur und Anlegung einer Fistel. Sowohl die histologische Untersuchung des Stückes wie die Infektion von Meerschweinchen mit Urin ergab zweifellose Tuberkulose. Allgemeine Besprechung des Themas.

Zwei neue Instrumente für die transversikale Prostatektomie, von V. Compan. Beschreibung eines doppelschneidigen, gebogenen „Inzisors" für den Blasenboden und einer Zange, mit der an der Prostata ein Zug ausgeübt werden kann.

Die Diagnostik der Ureterensteine, von Leopold Casper-Berlin. Obwohl die Diagnose der Ureterensteine in typischen Fällen leicht ist, so können sich doch, wie Casper ausführt, manchmal Schwierigkeiten ergeben, da die klinischen Symptome manch-

Digitized by Google

mal fehlen und auch einer anderen Deutung fähig sind. Am meisten einwandfrei ist noch der (ev. mikroskopische) Nachweis von Blut im Urin und die Funktionsprüfung der Nieren. Die sicherste Methode ist die Röntgendurchleuchtung bei gleichzeitiger Einführung eines Katheters mit einem Metallmandrin in den Ureter. Beschreibung eines Falles, der das Gesagte illustriert. Richard Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Die Bedeutung des Sauerstoffs in der Färberei, von P. G. Unna und L. Golodetz. (Derm. Studien, Bd. 22.) Leop. Voss, Leipzig, 1911. In dieser „dem Förderer des Oxydationsgedankens" Jacques Loeb gewidmeten Studie wird versucht, in die Theorie der Wechselwirkung zwischen Farbstoff und Substrat ein neues Prinzip einzuführen, geeignet, die Theorie des Färbens zu klären und deren Technik zu bereichern. Den Ausgangspunkt der Studie bildete die Erklärung der spezifischen Kernfärbung des Methylgrüns durch die besonders starke Reduktionsempfindlichkeit dieser Farbe; sie färbt nicht das reduzierende Protoplasma, sondern nur die freien Sauerstoff enthaltenden Kerne. Hieraus ergab sich die Notwendigkeit, sämtliche Reagenzien des histologischen Laboratoriums auf ihr Reduktionsvermögen und Oxydationsvermögen systematisch zu untersuchen, wobei sich einige unerwartete Tatsachen zeigten. So besitzen die bekannten Beizen zur Tuberkelbazillenfärbung, die Karbolsäure und das (basische) Anilin, die gemeinschaftliche Eigenschaft, sowohl reduzieren wie oxydieren zu können.

Die bisherige chemische Theorie der Färbung beruht auf der Gegensätzlichkeit der Azidität und Basizität. Sie allein genügt nicht zur Erklärung aller empirisch gefundenen Tatsachen, sondern muß ergänzt werden durch die Gegensätzlichkeit zwischen Oxydation und Reduktion, durch die oxypolare Affinität zwischen Geweben, Beizen und Farben. Man hat sich in jedem Einzelfalle zu fragen, ob die Gewebe und Beizen oxydieren oder reduzieren, ob die Farben reduktionsempfindlich oder oxydationsempfindlich sind.

Von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet das 3. Kapitel alle bisher empirisch gefundenen Tatsachen über Färbung, Beizung und Aufhellung. Es stellt sich heraus, daß fast alle gebräuchlichen Fixatoren und Beizen, so vor allem die oxydierenden Säuren (Osmiumsäure, Chromsäure usw.) die wichtige Nebenwirkung ausüben, die der Färbung schädliche Reduktionskraft der Gewebe herabzusetzen. Dieselbe Gegensätzlichkeit wie zwischen reduzierendem Protoplasma und oxydierendem Kern herrscht in der Textilfärberei zwischen oxydierender Seide und reduzierender Wolle. Das Ziel der Beizung ist allerdings in der Histologie und Textilfärberei ein ganz verschiedenes; dort will man möglichste Farbenkontraste, hier möglichst homogene Färbung. Daher kommen dieselben Sauerstoffbeizen, z. B. Chrombeizen, in der Textilfärberei als basische, in der Histologie als saure zur Wirkung; die basische Chromierung eines tierischen Gewebes würde jede weitere tinktorielle Differenzierung desselben unmöglich machen. Auch die Türkischrotölfärberei ist eine oxydative Beize und hat in der Histologie ihr Analogon in dem Zusatz von Karbolsäure, Anilin oder Aldehyden zu den Farblösungen.

An dem Beispiel der Karbol + Methylgrün + Pyroninfärbung werden im 4. Kapitel die gefundenen allgemeinen Gesichtspunkte speziell erläutert und geprüft. Es ergibt sich, daß die Einwirkung aller oxydierenden und reduzierenden Substanzen in jedem einzelnen Abschnitt der Färbeprozedur dieses Resultat verändert und daß dabei die

Digitized by Google

Methylgrünfärbung im allgemeinen die konträre Einwirkung erleidet wie die Pyroninfärbung. Dieser Gegensatz erklärt sich durch den Nachweis, daß ebenso wie Methylgrün spezifisch reduktionsempfindlich, Pyronin spezifisch oxydationsempfindlich ist. Die vorzüglich differenzierende Kraft der Methylgrün + Pyronin + Karbolfärbung resultiert aus diesem Gegensatz und wird noch gehoben durch die Karbolsäure, die als reduzierende und zugleich oxydierende Beize beide Farben gleichzeitig verstärkt. Die beste Färbung ist mithin die, welche den natürlichen chemischen Kontrasten des Gewebes eine genau entsprechende Mannigfaltigkeit des Farbengemisches und der Beizen gegenüberstellt.

In einem Schlußkapitel wird die Verschiedenheit der Beizen, wie sie in der Textilfärberei und in der Histologie gebräuchlich sind, hervorgehoben und eine neue Definition der histologischen Beizen versucht. Die gesamten neuen Tatsachen über die Theorie der Färbung werden schließlich in der Theorie der „Oxypolarität" zusammengefaßt, welche in erster Linie berufen ist, die histologische Färbung an vielen dunkeln Stellen aufzuklären, aber auch der Textilfärberei manche beachtenswerten Fingerzeige zu geben imstande ist. R.

Die Krankheiten des Mundes, von W. J. von Mikulicz und W. Kümmel. Dritte Auflage, neu bearbeitet von Werner Kümmel-Heidelberg. Mit 79, zum Teil farbigen Abbildungen im Text. (Jena, Gustav Fischer, 1912.) Mit einem allgemeinen Teil, der die Bedeutung des Mundes als Eingangspforte für Ansteckungen sowie seine Wichtigkeit für Weiterverbreitung von Krankheitskeimen nach außen hin schildert, beginnt das Buch. Die Untersuchungsmethoden des Mundes folgen, ebenso ein Kapitel „Mundpflege bei Gesunden und Kranken". Der spezielle Teil zerfällt in drei große Abschnitte, die Beteiligung des Mundes ohne besondere Lokalisation, die Krankheiten des Mundes mit besonderer Lokalisation und die Geschwülste. Einen Anhang bilden neben Literaturangaben und Sachregister noch Rezepte zur Pflege des gesunden und kranken Mundes. Aus dem reichen Inhalt seien einige Kapitel, die besonders interessieren dürften, herausgegriffen. Ausführlich behandelt das Buch die seltene Stomatitis blennorrhoica. Rosinski hat sie zuerst beschrieben. In den sieben von ihm beobachteten Fällen wurden die ersten Krankheitszeichen vom 5.—12. Tage nach der Geburt gesehen. Es handelt sich um eine diffuse Stomatitis, deren hauptsächlichste Eigenart eine auffällige, ans bläuliche oder rosarote streifende Farbe der Schleimhaut ist. Als besonders kennzeichnend gelten ferner eigene gelbliche Verfärbungen, die an bestimmte Stellen gebunden sind. Am dritten Tage etwa geht der Epithelüberzug verloren. Das Exsudat wird frei, es gewinnt rein eitrige Beschaffenheit. Seine Oberfläche wölbt sich jetzt über die übrige Schleimhaut vor. Eine sich bildende Demarkationszone führt in das Stadium der Rückbildung hinüber. Die Beläge bilden dann pseudomembranöse Massen teils dickeitriger, teils pulpöser Art. Die Funktionsstörungen sind nur gering bei der Krankheit. Bei Erwachsenen ist das Leiden nur in wenigen Fällen sicher festgestellt worden. Das Ulcus molle der Mundschleimhaut gehört ebenfalls zu den größten Seltenheiten. In der gesamten Literatur sind nur wenige Fälle beobachtet und zwingend beschrieben worden. Die Erscheinungsformen sind die auf Schleimhäuten üblichen. Nur kommt es im Mund infolge der Mazeration des Epithels nicht zur blasigen Abhebung. Es entsteht von Anfang an ein sehr schmerzhaftes Geschwür mit unreinem Belag und scharfen Rändern. Doch bieten ja auch andere Geschwürsbildungen im Munde ähnliche Bilder. Ohne bakteriologischen Nachweis und Impfung wird man Fehldiagnosen nicht ausschließen können. Das Kapitel „Mundsyphilis" ist recht ausführlich behandelt und bietet, wie das gesamte Buch, viele vorzügliche, zum Teil bunte Abbildungen. Fr. E. Hopf-Dresden.

Die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Dr. Reinh. Ledermann. 4. durchges. u. erweiterte Aufl. (Coblentz, Berlin, 1912.) Auch in der 4., be-

Digitized by Google

deutend erweiterten Auflage zeigt sich das handliche Büchlein allen Anforderungen an ein modernes Nachschlagebuch der Therapie gewachsen und wird dem praktischen Arzte gute Dienste leisten. Insbesondere die moderne Diagnose und Therapie der Syphilis (Wassermann-Reaktion und Salvarsantherapie) werden eingehend behandelt, ferner ist eine ausführliche Dermatopharmakopöe vorhanden, in der alle bedeutenderen Erfindungen der modernen Therapie besprochen werden. Daß fast alle Präparate Unnas gewürdigt werden, wird seine Schüler interessieren. Auch die kurzen Ausführungen über Lichttherapie sind übersichtlich und gemeinverständlich geschrieben. Für eine spätere Auflage würde es sich empfehlen, einige ausführliche Rezepte für Ekzembehandlung hinzuzufügen, etwa die der Zinkschwefelpaste mit Kieselgur, mit welcher in der hiesigen Poliklinik in der Tat etwa 75% aller Ekzeme, Impetigines usw. zur Ausheilung gebracht werden, ferner knappe diagnostische Notizen bei einzelnen Krankheiten, wie dies bereits bei einigen Dermatosen durchgeführt ist, zum leichteren Verständnis; schließlich Ersatz der größtenteils unzureichenden Photographien (vergl. S. 205, 238 u. a. O.) durch bessere. Sowohl für den praktischen Arzt als für den Spezialisten bildet vorliegende Therapie der Hautkrankheiten ein bequemes und zuverlässiges Nachschlagebuch. P. Unna jun.

Mitteilungen aus der Literatur.

Traumatische Entzündungen.

Klinische Untersuchungen über das Röntgenerythem, von Erich Rominger. (Inaug.-Dissert., Freiburg i. Br., 1911.) Ganz allgemein versteht man nach dem heutigen Stande der Wissenschaft unter Reaktion der normalen Haut nach Röntgenbestrahlung eine entzündliche Hautveränderung, die von einem leichten, eben nachweisbaren Erythem bis zu den schwersten Ulzerationen mit trockenem Brand alle Grade durchlaufen kann. Charakteristisch für die Röntgendermatitis ist einmal die länger oder kürzer andauernde Inkubationszeit und zum zweiten das sporadische Auftreten. Wie Kienböck i. J. 1900 nachweisen konnte, tritt eine Reaktion nur ein, wenn von der betreffenden Hautpartie eine bestimmte Menge Röntgenlicht absorbiert wird, und diese Menge ist für den Grad der folgenden Reaktion bestimmend. Die Art und Weise der Reaktion wurde von Oudin und besonders von Holzknecht und Kienböck ausführlich beschrieben und nach Analogie mit den gewöhnlichen Hautverbrennungen in Reaktionsgrade eingeteilt. Nach ihrer Einteilung können wir 1. von einer akuten Röntgendermatitis reden, wie sie nach einer in der Regel nur einmaligen, jedenfalls kurz andauernden diagnostischen oder mehrmaligen länger dauernden therapeutischen Bestrahlung zustande kommt, und 2. von einer chronischen Radiodermatitis, wie sie bei lang dauernder Beschäftigung mit Röntgenstrahlen einzutreten pflegt, und auch als „Röntgendermatitis der Radiologen" bezeichnet wird. Die drei Kienböckschen Reaktionsgrade sind folgende: 1. die Radiodermatitis hyperaemica, erythematosa, 2. die Radiodermatitis bullosa, excoriativa, 3. die Radiodermatitis necroticans, ulcerosa. Es besteht heute kein Zweifel mehr darüber, daß die Röntgenstrahlen selber es sind, welche die Reaktion hervorrufen. Die hervorgerufenen Veränderungen selbst, die Histologie der röntgenbestrahlten Haut ist durch eine Reihe der sorgfältigsten Untersuchungen genauestens bekannt. Es stehen sich zwei Ansichten gegenüber. Linser glaubt, daß erst eine Gefäßschädigung und darauf eine Gewebsschädigung eintritt. Die zweite, heute wohl allgemeingültige Ansicht — primäre Zellschädigung, sekundäre Gefäßschädigung resp. Entzündung — wird von Neisser,

Digitized by Google

Holzknecht, Kienböck und Scholtz vertreten. Zusammenfassend läßt sich über die heute geltende pathologische Anatomie und die Pathogenese des Röntgenerythems sagen: Die Röntgenstrahlen rufen vornehmlich in den zelligen Elementen der Haut einen Degenerationsprozeß hervor, der durch die Schädigung der Gefäße einen entzündlichen Charakter annimmt. Die Gefäßschädigung dokumentiert sich in einer Vakuolisierung der Gefäßwände mit nachfolgender Verdickung durch neugebildete elastische Fasern bis zur vollkommenen Obliteration. Dieser Prozeß beginnt in den oberflächlichen kleinen Gefäßen und schreitet nach den tiefer gelegenen größeren Gefäßen hin fort.

Was die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen betrifft, so ist zu sagen, daß trotz einer Reihe der interessantesten Befunde augenblicklich noch keine exakte und durchaus befriedigende Antwort auf die Frage nach dem Zustandekommen der Zellschädigung durch die Röntgenstrahlen möglich ist.

Verfasser verfügt über ein Material von 173 mit Tiefenbestrahlung behandelten Patientinnen, von welchen 27 Reaktionen erlitten, also 15,5%. Diese Zahl gibt aber kein richtiges Bild von den wirklichen Verhältnissen, da eine Patientin an mehreren Stellen zugleich bestrahlt wurde und so an jeder der bestrahlten Stellen der Gefahr einer Radiodermatitis ausgesetzt war und auch tatsächlich die eine und die andere dieser 27 Patientinnen mehrere Erytheme aufweist. Im ganzen wurden 670 Hautstellen bestrahlt, davon wiesen 62 Reaktionen auf = 9%. Es handelt sich in der absoluten Mehrzahl hierbei um die leichteren und leichtesten Reaktionsgrade.

Die Gruppe A der Fälle, bei welchen überdosiert wurde, umfaßt 38 Fälle. Verf. bespricht bei der Erörterung dieser Gruppe in einzelnen Kapiteln: die Fälle direkter absoluter Überdosierung, Vorreaktion, Vaginalerytheme, Fälle indirekter absoluter Überdosierung. Wird nach erfolgter Überdosierung in zu kurzer Zeit, jedenfalls noch innerhalb des 20. Tages, eine neue X-Strahlendosis appliziert, so kann noch nach einer Latenzzeit bis zu 22 Tagen eine Reaktion erfolgen, deren Grad abhängig ist von der Höhe der Überdosis und der Zeitdauer von der Überdosierung bis zu der dieser folgenden Bestrahlung. Dies letztere Verhältnis ist ein rein reziprokes, d. h. je größer die Überdosis und je kleiner die Zeitdauer bis zur neuen Bestrahlung, desto stärker ist die Reaktion. Die Dauer der Latenzzeit ist für die Prognose nicht direct anwendbar. Die Höhe der zweiten Dosis ist, sofern sie die Erythemdosis nicht erreicht, nahezu bedeutungslos für die Prognose der eintretenden Reaktion. Nur ganz kleine Dosen, wie sie aber hier praktisch keine Bedeutung haben können, scheinen nach Ablauf von mindestens 16 Tagen keine Reaktion mehr auslösen zu können. Es empfiehlt sich also mit der Applikation einer neuen Dosis bis zu 9 X nach erfolgter Überdosierung zum mindesten drei Wochen zu warten. Hat man andererseits nach erfolgter Überdosierung innerhalb drei Wochen eine neue Applikation bis zu 9 X vorgenommen, so kann noch nach weiteren 22 Tagen ein Erythem auftreten.

Die Gruppe B der Fälle, bei welchen nicht überdosiert wurde, umfaßt 24 Fälle, bei welchen die Erythemdosis 10 X nicht erreicht wurde und wo trotzdem eine Reaktion auftrat. Verfasser bespricht hier zunächst die Fälle bei Überempfindlichkeit der Haut den Röntgenstrahlen gegenüber. Hier hebt er die interessante Tatsache hervor, daß von diesen 27 Erythempatientinnen nach der Haarfarbe zwölf blond, eine rotblond, acht schwarz und sechs braun, nach der Augenfarbe elf blau, sieben schwarz, sechs braun, zwei grau und eine grün waren. Es überwiegen also diejenigen mit blondem Haar und blauen Augen. Weiterhin werden besprochen: die Fälle relativer Überdosierung bei sonst normaler Hautbeschaffenheit, die Fälle direkter relativer Überdosierung, die Fälle indirekter relativer Überdosierung, die Fälle relativer Überdosierung bei abnormer Hautbeschaffenheit. Bei diesen letzteren Fällen ist die Erythemgrenze

Digitized by Google

herabgesetzt, die Latenzzeit scheint verkürzt, der Grad, die Dauer und die Beschwerden relativ vermehrt. Weiterhin: die Fälle bei Sensibilierung der Haut gegen Röntgenstrahlen, die Fälle bei Kumulation der Röntgenstrahlen, das Verhältnis der X-Dosis zur Schonungszeit. Dosen, welche innerhalb drei Wochen auf eine Mittel- oder Volldosis gegeben werden, können sich zu den schon gegebenen X addieren und ein Erythem hervorrufen. Ist drei Wochen nach einer Mittel- oder Volldosis keine Reaktion erfolgt, so kann jetzt ohne Gefahr weiter bestrahlt werden.

Weitere Abschnitte behandeln die fraktionierte Dosierung der Röntgenstrahlen und die Fälle von sympathischer Reaktion und Strahlenaustrittswirkung.

Die Gruppe C umfaßt die Fälle, bei welchen überdosiert wurde, ohne daß ein Erythem auftrat.

Das Schlußkapitel ist der Therapie gewidmet. In den leichteren Fällen von Dermatitiden kommt eigentlich nur eine Salbenbehandlung in Betracht. Verfasser versuchte die 5% Orthoformsalbe, unter deren Wirkung aber bei einer Patientin ein schweres Ekzem entstand, das weit über die betreffenden Hautstellen um sich griff und für die Patientin einen sehr schmerzhaften und langwierigen Zustand mit sich brachte. Die Anästhesinsalbe wurde bei starkem Jucken wiederholt angewandt ohne sonderlich zu wirken. Gute Dienste leisteten dagegen die Einreibungen mit reiner amerikanischer Vaseline, Coldcreme, Combellacreme und anderen reizlosen Hautcremes abwechselnd mit Einpudern der betr. Hautstellen mit Reispuder. Von großer Wichtigkeit erscheint dem Verfasser das Fernhalten jeglicher mechanischer Reizung und besonders von Wasser. Bei Erythem stärkeren Grades empfiehlt sich das Anlegen eines festen Verbandes, bei leichteren Fällen das Auflegen von Gaze zur Verhinderung von mechanischer Reizung. Die Therapie vermag heute bei den Röntgenerythemen außer Linderung und Abhaltung neuer Schädigungen nichts, die Prophylaxe alles. Es steht zu erwarten, daß weitere Erfahrungen in kurzer Zeit dazu führen, daß sich bei Tiefenbestrahlungen nahezu mit Sicherheit nicht nur, wie heute, die schwersten Grade der Röntgenverbrennung vermeiden lassen, sondern auch die leichteren und leichtesten Reaktionsgrade, trotzdem der Haut das eben Mögliche an Strahlenmengen zugemutet wird.

Fritz Loeb-München.

Lichtschädigungen der Haut und Lichtschutzmittel. Bemerkungen zu dem Artikel des Herrn L. Freund in Nr. 19 dieser Wochenschrift, von C. Mannich-Berlin. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 24.)

Lichtschädigungen der Haut und Lichtschutzmittel, von Leopold Freund-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 28.)

Lichtschädigungen der Haut und Lichtschutzmittel, von C. Mannich-Berlin. Entgegnung zu den Bemerkungen des Herrn C. Mannich, von Leopold Freund. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 38.)

Mannich erklärt, daß Äskulin als Absorptionsmittel schon lange bekannt, aber für praktische Verwendung zu teuer sei. Er hat sich durch wiederholte Versuche davon überzeugt, daß bei gleicher Dosierung und richtiger Anwendung die Zeozonsalbe dem Äskulin als Lichtschutz überlegen ist, besonders wenn beide Salben etwas älter sind, da Äskulin infolge seiner geringen Löslichkeit nach wenigen Tagen auskristallisiert.

Freund widerlegt diese Angaben, indem er noch einmal des näheren auf seine spektroskopischen und mikroskopischen Untersuchungen eingeht.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Einige seltene Typhuskomplikationen (Orchitis, Vaginalulkus, Pleuraempyem, Urtikaria, Colitis fibrinosa), von Fritz Geppert. (Inaug.-Dissert., Berlin, 1911.) In dem einen Fall handelt es sich um eine während der Rekonvaleszenz aufgetretene Orchitis bei einem sieben Jahre alten Knaben. Die Hölscherssche Statistik über 2000 Typhusfälle weist nur eine Epididymitis auf; unter den in den Jahren 1878—79 aufgezeichneten Typhuserkrankungen der deutschen Armee ist nicht ein einziges Mal diese seltene Komplikation erwähnt. Die Orchitiskomplikation, die unabhängig von dem Grade der Schwere des Typhusinfektes entsteht, tritt vorwiegend in der Rekonvaleszenz auf, aber auch während der Fieberperiode hat man Fälle beobachtet. Sie befällt vornehmlich das mittlere Lebensalter. Der vorliegende Fall und einer von Poncet zeigen, daß das Kindesalter keineswegs verschont bleibt. Das hervorstechendste Symptom ist der intensive Schmerz, der oft ganz plötzlich beginnt, häufig lanzinierenden, reißenden Charakter annimmt und entlang dem Vas deferens ins Abdomen ausstrahlt. Die Erkrankung tritt fast immer einseitig auf. Die Dauer der entzündlichen Erscheinungen ist meist nur auf einige Tage beschränkt. Das Allgemeinbefinden wird in der Regel durch diese Komplikation nicht wesentlich beeinträchtigt. Heute können irgend welche Zweifel über die Ätiologie der Affektion nicht mehr bestehen, nachdem in vielen Fällen der positive Nachweis von Eberth-Bazillen in dem erkrankten Organ gelungen ist. Die metastatische Übertragung auf dem Blut- oder Lymphweg scheint am wahrscheinlichsten zu sein. Es kommt aber noch die Übertragung der Bazillen durch Vermittlung der Harnorgane, des Ductus ejaculatorius, der Samenblasen und des Ductus spermaticus in Betracht. Neuerdings hat man außerdem festgestellt, daß in den Samenblasen, genau wie in der Vesica fellea noch jahrelang nach überstandenem Infekt Typhusbazillen latent schlummern können.

In einem anderen vom Verfasser beobachteten Falle handelte es sich gleichfalls um eine seltene Komplikation: eine in der Rekonvaleszenz auftretende Urtikariaeruption bei einem 13jährigen Mädchen, das einen leichteren, normal verlaufenden Typhus abdominalis durchgemacht hatte. Es bekam 8 Tage nach der Entfieberung an den Vorderflächen der Oberschenkel, an den Handrücken und den seitlichen Partien der Brust quaddelartige Effloreszenzen von unregelmäßiger zackiger Gestalt, in der Größe eines Fünfpfennig- bis Einmarkstückes. Diese Quaddeln, die eine braunrote bis livide Farbe zeigten, verursachten einen starken Juckreiz. Die Eruptionen verschwanden nach zwei Tagen ebenso schnell, wie sie erschienen waren, ohne eine Spur zu hinterlassen. Die Diagnose Urtikaria ließ keine Zweifel offen. Das Kind bekam zur fraglichen Zeit keine Arznei, auf die man die Entstehung hätte zurückführen können. Fritz Loeb-München.

Verschiedenes.

Das Befinden des Geh. Med.-Rat Prof. A. Neisser hat sich erfreulicherweise so weit gebessert, daß er sich bereits wissenschaftlich betätigen kann.

Prof. Mendes da Costa ist zum Chef der städtischen Poliklinik für Lupuskranke in Amsterdam ernannt worden.

Prof. Petrini de Galatz (Bukarest) hat der Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie eine größere Summe überwiesen, deren Zinsen im Betrage von 700 Francs als Prix Michel Petrini (zum Andenken an seinen Sohn gleichen Namens) alle drei Jahre dem Autor der besten syphilidologischen Arbeit zufallen sollen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

2. März 1912 | Nr. 9 | Band 54

Aus der Klinik für Geschlechts- und Hautkrankheiten in Wien.
(Vorstand: Prof. Finger.)

Zur Kasuistik des Naevus linearis systematicus.

Von

Dr. Richard Kantor.

Im nachfolgenden möchte ich über einen exquisiten Fall von systemisiertem linearem Nävus berichten. Da die Zahl der hierher gehörigen Beobachtungen nicht übermäßig groß ist, die genaue Kenntnis der einschlägigen Krankheitsbilder andererseits zum endlichen Vorwärtskommen in dem Erkennen des Wesens der Erkrankung unumgänglich notwendig erscheint, so glaube ich, daß die kasuistische Mitteilung des folgenden Falles nicht den Eindruck des Überflüssigen hervorrufen wird.

Der 9jährige, ziemlich unterentwickelte, anämisch aussehende Patient ist für sein Alter verhältnismäßig klein. In der Schule soll er recht aufgeweckt sein und brav lernen. Die Eltern des Pat. sowie seine jüngeren Geschwister sind völlig gesund, sie zeigen auch die beim Knaben vorhandenen Erscheinungen auf der Haut in keiner Weise.

An der Haut des kleinen Patienten finden sich multiple, unregelmäßig über den Körper zerstreute Herde von Hyperkeratosen. Bei näherem Zusehen erweisen sich dieselben als kleine, bei der Palpation ziemlich derbe Wärzchen, die an der Oberfläche durchwegs die früher erwähnten, recht fest haftenden Hornauflagerungen tragen. Von Lokalitäten, die solche Bildungen darbieten, wären folgende zu erwähnen: Ein Herd findet sich am rechten Arm, an der radialen Seite des Handgelenks beginnend, schmal strichförmig über den Vorderarm bis zur Mitte desselben reichend. Am rechten Handrücken zeigen sich gleichfalls zahlreiche Einzelefloreszenzen, die durch regelmäßige, lineare Gruppierung ausgezeichnet sind und gleichfalls beträchtliche Hyperkeratose erkennen lassen. Hier sind infolge von Traumen (Kratzen) die einzelnen, warzenförmigen Effloreszenzen stellenweise ihrer Hornschicht beraubt und mit Krusten bedeckt. In den Axillargruben sieht man beiderseits unregelmäßig gruppierte, im ganzen aber auch wieder den Eindruck des Strichförmigen hervorrufende Krankheitsherde vom gleichen Typus, wie die früher beschriebenen. Zu beiden Seiten des Halses ziehen symmetrische, bandförmige Krankheitsherde, ungefähr am inneren Drittel der Klavikula beginnend, nach außen zu gegen die Unterkiefergegend. Am Stamm sieht man mehrere schmale, zueinander fast parallel verlaufende, im ganzen bogenförmig gruppierte Streifen solcher hyperkeratotischer Effloreszenzen, die ca. 2 cm von der Wirbelsäule entfernt beginnen und bis zur vorderen Medianlinie reichen. Ein Streifen zieht vom Processus xiphoides bis zum Nabel, um hier in einem größeren Plaque zu enden. Am Skrotum findet sich entsprechend der rechten Hälfte ein mit Hornmassen bedeckter, zum Teil mit impeti-

Digitized by Google

ginösen Krusten — offenbar wieder als Effekt traumatischer Einflüsse, wie oben schon erwähnt — bedeckter Krankheitsherd. Am rechten Unterschenkel zeigen sich schmale, streifenförmige Krankheitsherde an der Streckseite. An beiden Fußrücken finden wir mehrere zerstreute, durchwegs auch wieder kürzere oder längere Linien darstellende, mit Hornmassen bedeckte Effloreszenzen; ebenso einzelne in der Glutäalgegend. Auffallend ist weiter eine starke Behaarung an den oberen und unteren Extremitäten, desgleichen, daß die Haut an jenen Stellen, wo die bisher erwähnten Erscheinungen nicht zu finden waren, einen leicht ichthyotischen Eindruck hervorruft, d. h. daß durchwegs feine, etwas fester haftende Hornlamellchen an der Oberfläche sich vorfinden, so daß die Haut beim Darüberfahren mit der flachen Hand den Eindruck des Rauhen hervorruft. Die beschriebenen Krankheitssymptome bestehen beim Knaben seit der Geburt.

Überblickt man kurz resumierend das bisher Erwähnte, so zeigt sich, daß bei einem, was die Oberflächenbedeckung anbelangt, im ganzen zweifellos abnorm entwickelten Individuum (leichter Grad von Ichthyosis) an multiplen Stellen die Entwicklung von Krankheitserscheinungen zu konstatieren ist, die wohl mit vollem Rechte als strichförmige, systemisierte Nävi aufgefaßt werden müssen. Es liegt also für die Kombination einer, wenn wir sagen wollen, rudimentären Ichthyosisbildung mit umschriebenen, multiplen hyperkeratotischen Nävis vor, wobei es völlig belanglos ist, ob diese Nävi solche in sensu strictiore sind, daß heißt, bei der histologischen Untersuchung den Befund von Nävuszellen ergeben würden oder nicht. Eine histologische Untersuchung war aus äußeren Gründen (die Eltern des Patienten verweigerten die Exzision) unmöglich gewesen. Übrigens ist die Annahme, daß hier echte Nävi also solche mit dem Befund von Nävuszellen vorlägen, gar nicht wahrscheinlich. Wir konnten uns in einem anderen Falle, der ein dem hier beschriebenen ganz ähnliches, nur nicht so intensiv entwickeltes Krankheitsbild dargeboten hat — es handelte sich in diesem Fall um ein 14jähriges Mädchen, welches an der Innenseite des rechten Oberarmes beginnend über die Axilla bis gegen den äußeren Rand der Mammae sich hinziehenden, schmalen aus einzelnen hyperkeratotischen Wärzchen sich aufbauenden Streifen zeigte — finden, daß es sich histologisch hier nur um eine intensive Hyperkeratose handelte, während von Nävuszellen nichts nachweisbar war. Es werden also wohl auch hier die strichförmigen, hyperkeratotischen Bildungen in diesem Sinne histologische Veränderungen erwarten lassen. Dieser Annahme gemäß ist dann vieleicht das Zusammenvorkommen dieser Bildungen mit einer im ganzen leicht ichthyotischen Hautbeschaffenheit so zu deuten, daß an den Stellen, wo sich klinisch diese Nävi finden, tatsächlich die Ausbildung echt ichthyotischer Zustände erfolgt ist, während an der übrigen Haut die Entwicklung derselben nur eine rudimentäre, gewissermaßen angedeutete geblieben ist.

Was nun die Theorien anlangt, die hinsichtlich der Nävusätiologie

Digitized by Google

aufgestellt wurden, so ist wohl die älteste die von v. BÄRENSPRUNG inaugurierte. Er wollte einen Zusammenhang zwischen Nervenverlauf und Nävi finden. Als Stütze für seine Theorie führte er an, daß die Nävi meist streng halbseitig lokalisiert sind, daß sie ferner, was die Hauptsache sei, sich in ihrem Verlauf streng an die Nerven halten. Als Grund für das Entstehen dieser Bildungen nimmt v. BÄRENSPRUNG Erkrankungen des Spinalganglions an. Gegen diesen Erklärungsversuch v. BÄRENSPRUNGS wurden seit jeher gewichtige Einwendungen erhoben, so beispielsweise, daß es sicherlich eine ebenso große Zahl von Nävi gebe, wo die Herde doppelseitig lokalisiert sind — so z. B. unser Fall — ferner, daß Fälle beobachtet sind, wo von einer Beziehung der Nävi zum Verlauf des Nerven absolut nichts konstatiert werden konnte. (In unserem Fall trifft dies gleichfalls zu.) Schließlich und hauptsächlich aber, daß die supponierte Erkrankung des Nervenganglions denn doch kaum so symptomlos verlaufen könnte, ohne wenigstens einmal eine Neuralgie hervorzurufen. Endlich konnte niemals eine pathologisch-anatomische Veränderung des Intervertebralganglions konstatiert werden.

Eine andere Hypothese, die aber nie viel Anhänger gefunden hat, ist die von KOPP aufgestellte Gefäßhypothese, die einen Zusammenhang zwischen dem Verlauf der Gefäße und den Nävis annimmt.

O. SIMON nahm einen Zusammenhang zwischen Nävis und der Spaltrichtung der Haut an.

Alle diese Hypothesen passen nicht für unseren Fall. Wenn wir für unseren Fall eine Hypothese heranziehen wollen, so kann das nur die von BLASCHKO aufgestellte sein, dahingehend, daß an dem Auftreten der in Rede stehenden Hauterscheinungen Entwicklungsstörungen im embryonalen Leben maßgebend sind. Er meint dies so, „daß beim Embryo an den Stellen, wo zwei gegeneinander wachsende Hautbezirke aufeinanderstoßen, eine lebhafte Proliferation an der unteren, der Kutis zugewendeten Epidermisfläche beginnt, die sich im Hervorsprossen von Epithelleisten kundgibt. Diese Differenzierung der Grenzflächen zwischen Kutis und Epidermis schreitet dann von den Grenzen der einzelnen Hautbezirke über die ganze Hautoberfläche fort. Treten nun aus irgend einem Grunde Störungen in der normalen Entwicklung dieser Gebilde ein, so ist es erklärlich, daß gerade die Grenzlinien, welche ja den Ausgangspunkt der Differenzierung darstellen, mit Vorliebe Sitz derartiger Störungen werden." Für unseren Fall hat natürlich nur diese letztere Annahme Akzeptables an sich.

Digitized by Google

Aus der syphilitischen Abteilung des Moskauer Militärkrankenhauses.

Ein Fall von Ausheilung eines weichen Schankers durch Gebrauch von Salvarsan [1]).

Von

Priv.-Doz. Dr. P. Pawlow, Moskau.

(Übersetzt von Dr. L. Golodetz, Hamburg.)

Trotz der früheren Behauptungen vieler Autoren, Salvarsan sei ein parasitotropes und kein organotropes Mittel, machten dennoch einige Ärzte den Versuch, es zur Behandlung solcher Krankheiten anzuwenden wie Psoriasis vulgaris und Lichen ruber planus, Pemphigus chron., wo von Parasiten keine Rede sein kann. Derartige Bestrebungen, Krankheiten von nicht parasitärer Herkunft mittels Salvarsan zu bekämpfen, sind verständlich in Anbetracht der allgemein bekannten organotropen Wirkung des Arsens und der Tatsache, daß bereits nach den ersten Beobachtungen über Salvarsan (606) die Überzeugung auftrat, daß dieses parasitotrope Mittel auch organotrop erscheine (Buschke [2]), Krawkow [3]). Außer allgemeinen Erwägungen sprachen für die organotrope Eigenschaft des Salvarsans auch die experimentellen und klinischen Beobachtungen von Gaucher [4]), Jakimow [5]), Jewdokimow [6]), Stern [7]), Brandt [8]), Bardachzi und Klausner [9]) und anderen, die darauf hinweisen, daß nach Einspritzung von Salvarsan neben der starken Wirkung auf die Gefäßkapillaren (Hyperämie in den inneren Organen) im Laufe der ersten Tage auch spontane Hyperleukozytose und Vermehrung der Erythrozyten beobachtet wird. Klinisch äußert sich die organotrope Wirkung des Salvarsans bei syphilitischen Ausschlägen in der häufigen Entwicklung von mehr oder minder starken Reaktionserscheinungen um den Krankheitsherd herum, welche sehr bald nach der Einspritzung auftreten. Diese

---

[1]) Berichtet in der Sitzung der russischen ärztlichen Gesellschaft in Moskau am 29. April 1911.

[2]) Medizinische Klinik, 1910, 39.

[3]) Ärztliche Zeitung (russisch), 1911, 8.

[4]) Gazette des Hôpitaux, 1910, 131.

[5]) Medizinische Revue (russisch), 1910, Bd. 74, 18.

[6]) Russ. Journal f. vener. u. Hautkrankheit., 1910, Bd. 20.

[7]) Deutsche med. Wochenschr., 1910, 41.

[8]) Medizin. Klinik, 1910, 34.

[9]) Wiener klinische Wochenschr., 1910, 44.

Digitized by Google

sog. HERXHEIMERsche Reaktion bildet nach der Meinung von HERXHEIMER[1]) selbst, sowie nach KÖNIGSTEIN[2]) durchaus keine ungünstige Erscheinung bei der Behandlung von Syphilis mit Salvarsan. Abgesehen von der Frage über die Bedeutung der Toxine und der Endotoxine der Spirochäten für die Genesis dieser Reaktion muß man zur Erklärung der Ursache derselben berücksichtigen, daß sie auch als Folge der direkten Einwirkung von Arsen, welches in großer Menge im Salvarsan enthalten ist, auf die pathologisch veränderten Gewebe aufgefaßt werden kann, wie dies von KULNEW und DEMERIKOW[3]), die diese Reaktion bei Salvarsaneinspritzung an Pityriasis pilaris Devergie erhielten, nachgewiesen worden ist. Ohne auf die parasitotrope Wirkung des Salvarsans einzugehen, muß zunächst betont werden, daß letzteres als ein stark wirkendes Mittel für Geschwürsprozesse überhaupt, nicht nur für syphilitische, erscheint. Das beweisen am besten die direkten Versuche von VERSILOW[4]). Mäusen, von denen einige Salvarsaneinspritzungen erhalten hatten, wurden Verletzungen von gleicher Größe und an gleichen Stellen beigebracht. Es hat sich herausgestellt, daß bei den eingespritzten Mäusen die Wunden bereits am zweiten Tage einzutrocknen begannen und dann sieben bis neun Tage eher ausheilten als bei den nicht eingespritzten Mäusen. Auf die besondere Eigenschaft des Salvarsans, Wunden zur Heilung zu bringen, weist unter anderen auch MONTESANTO[5]) hin, der dieses Mittel bei Lepra anwandte und zunächst eine Epidermisierung der betroffenen Stellen, wenn auch keine Beeinflussung des Lepromwachstums beobachtete. Hierbei konnte dieser Autor in einigen Fällen ebenfalls die HERXHEIMERsche Reaktion feststellen.

Vor einiger Zeit konnte ich einen Fall beobachten, wo Salvarsan eine wirklich sehr gute, und man darf wohl sagen, eine ebenso spezifische Wirkung auf die weiche Affektion wie auf die harte, die gleichzeitig bei demselben Patienten vorhanden war, ausübte.

Soldat des 6. Taurischen Grenadierregiments G., 23 Jahre alt; koitierte Ende Dezember 1910 und Januar 1911 und merkte Anfang Februar Geschwüre am Glied. Er wurde am 8. Februar 1911 in das Moskauer Militärkrankenhaus mit Affektionen zweierlei Art auf dem Glied aufgenommen, und zwar: 1. auf dem inneren Blatt des Präputium, etwas entfernt vom Sulcus coronarius, war ein Geschwür in der Größe eines Fünfmarkstücks, umgeben von vier kleineren, etwa erbsengroßen, weichen

[1]) EMERY, La préparation de „606", Paris, 1910.
[2]) Deutsche med. Wochenschr., 1910, 39.
[3]) Russkij Wratsch, 1910, Nr. 39.
[4]) Ibid., 1911, Nr. 12.
[5]) Münchener med. Wochenschr., 1911, Nr. 10.

Digitized by Google

Geschwüren, vorhanden. Alle diese Geschwüre hatten den für weiche Affektionen typischen Charakter: scharf unterminierte Ränder, Unebenheit des Bodens, wodurch die Geschwüre wie von Würmern zerfressen aussahen. Das eiterige Exsudat enthielt nach den Untersuchungen von Dr. Dawidoff Streptobazillus Ducrey-Unna. Die Basis der Geschwüre wies keine Verdichtung auf. 2. Am Sulcus coronarius war außerdem eine harte Affektion in der Größe eines Fünfpfennigstückes mit nicht unterminierten Rändern, mit ebenem, bereits epidermisiertem, rosafarbenem Boden und etwas serösem Exsudat, in dem Spirochaetae pallidae gefunden wurden. Die Basis dieses Geschwürs war stark verdickt. *12. Februar.* Die weichen Geschwüre haben sich vergrößert, die Unterminierung war überall scharf ausgeprägt. Das harte Geschwür heilt immer mehr. Es wurden intramuskulär in die beiden nates 0,6 g einer alkalischen Salvarsanlösung eingespritzt. Sämtliche Geschwüre wurden nicht weiter lokal behandelt. *13. Februar.* Das harte Geschwür hat ein lebhafteres Aussehen, und die Heilung schreitet schneller vorwärts. An den weichen Geschwüren empfindet der Kranke gestern und heute starkes Jucken, welches vor der Einspritzung nicht auftrat. Die nächste Umgebung aller Geschwüre ist gerötet, namentlich um das große Geschwür herum. *14. Februar.* Die weichen Geschwüre behalten überall ihr charakteristisches Aussehen. *15. Februar.* Alle weichen Geschwüre verlieren schnell ihren spezifischen Charakter, die Unterminierung der Ränder ist bei einigen bereits verschwunden, bei anderen erst im Verschwinden begriffen; der Boden ist fast überall rosafarben geworden. *17. Februar.* Das harte Geschwür ist zur Hälfte geheilt, die Verhärtung der Umgebung wurde kleiner. Alle weichen Geschwüre verloren ihr spezifisches Aussehen und heilen schnell ab. *20. Februar.* Das harte Geschwür ist fast geheilt, die weichen sind, bis auf das große, ebenfalls nahezu geheilt. *22. Februar.* Das harte Geschwür ist ganz abgeheilt. *25. Februar.* Auch das letzte, größte weiche Geschwür ist geheilt.

Aus der näheren Krankengeschichte kann ich nur noch mitteilen, daß einen Monat später an der Stelle des früheren Primäraffekts wiederum eine Verhärtung mit für harte Geschwüre charakteristischer Abschürfung auftrat, im Exsudat wurden wiederum Luesspirochäten gefunden.

Zu den in der obigen Schilderung gemachten Angaben muß zunächst bemerkt werden, daß die Salvarsaneinspritzung das harte Geschwür bereits im Stadium der Ausheilung vorfand, während die weichen noch im Stadium destructionis waren, welches auch später während der ersten Tage nach der Einspritzung andauerte. Auf diese Weise befand sich das harte Geschwür im Moment der Einspritzung in für die Heilung besseren Bedingungen als die weichen, und doch heilten die weichen,

Digitized by Google

bis auf eins, fast gleichzeitig, einige sogar früher als das harte, ab. Das Auftreten der ziemlich scharfen Herxheimerschen Reaktion um die weichen Geschwüre herum nach der Salvarsaneinspritzung zeigt, daß die darauffolgende schnelle Heilung derselben kein bloßes Zusammentreffen darstellt, sondern als Folge der Salvarsanwirkung anzusehen ist. Somit übte dieses Präparat auf die weichen Geschwüre eine ebensolche Heilwirkung aus, wie auf das in der Nachbarschaft befindliche harte Geschwür.

Bei der Beurteilung der Salvarsanwirkung in diesem Falle kommen für die weichen Geschwüre zwei Möglichkeiten in Betracht. Einerseits kann man annehmen, daß Salvarsan unmittelbar auf den Streptobazillus Ducrey-Unna einwirkte, in derselben Weise, wie es nach Ansicht einiger Autoren auf Leprabazillen wirken soll. Unter diesen Umständen muß man anerkennen, daß Salvarsan nicht nur ein spirillotropes, sondern allgemein ein parasitotropes Mittel ist. Jedoch ist noch eine andere Erklärung der Wirkung möglich, und zwar durch Erregung einer lokalen Reaktion um die weichen Geschwüre herum und Verstärkung der phagozytären Tätigkeit der Leukozyten. Als Grund für diese Annahme kann das Auftreten der obenerwähnten Herxheimerschen Reaktion bald nach der Salvarsaneinspritzung gelten. Alle weichen Geschwüre änderten dann rasch ihr Aussehen, verwandelten sich in 2—3 Tagen in einfache und heilten sehr schnell in 8—13 Tagen ab, d. h. in einem ebensolchen Zeitraum, während welchem weiche Geschwüre auch unter dem Einfluß von verschiedenen anderen lokalen Mitteln (Cuprum sulfuricum, Acid. carbol. liquefactum, Tinct. jodi, Zinc. perhydrol usw.) abheilen. Einigen Grund für die Annahme der organotropen Wirkung des Salvarsans bei weichen Geschwüren in unserem Falle liefert einer der obenerwähnten Versuche von Versilow, wo die Wunden bei einer Maus mit Staphylokokken infiziert wurden und dennoch die Abheilung dieser Wunden unter dem Einfluß des Salvarsans ebenso schnell vor sich ging, wie die nicht infizierten. Wenn das Salvarsan in diesem Falle außer der bereits feststehenden organotropen Wirkung auch noch eine parasitotrope (gegenüber den Staphylokokken) geäußert hätte, so müßten ja die infizierten Wunden noch schneller abheilen, was aber nicht der Fall war.

Indem ich hiermit die Schilderung des von mir beobachteten Falles abschließe, möchte ich darauf hinweisen, daß es mir gänzlich fern liegt, Salvarsan zur Behandlung von weichen Affektionen zu empfehlen, da solche in gewöhnlichen Fällen der Einwirkung verschiedener lokaler Mittel schnell nachgeben. Jedoch trifft jeder Venerologe manchmal derartig böse Formen von weichen Affektionen an, wie phagedänische und gangränöse Geschwüre und stark eiternde Bubonen, die oft monatelang

Digitized by Google

allen möglichen Behandlungen widerstehen. In solchen hartnäckigen Fällen, die ein Unglück für den Patienten und den Arzt zugleich bilden, kann Salvarsan nach meiner Meinung gute Dienste leisten, indem es den destruktiven Prozeß schnell hintanhält und die rasche Heilung der gereinigten Geschwüre fördert.

Für die Möglichkeit einer derartigen Wirkung des Salvarsans bei gangränösen und phagedänischen Geschwüren spricht der Fall von Ravasini [1]), wo ein phagedänisches hartes Geschwür in acht Tagen durch Anwendung von Salvarsan zur Heilung gebracht wurde. Ich beobachtete selbst einen solchen Fall, bei dem ein schnell und unaufhaltsam sich ausbreitendes gangränöses hartes Geschwür an der Vorhaut drei Tage nach Einspritzung von 0,6 g Salvarsan rein wurde und einige Tage später ganz abheilte.

Aus dem Röntgenlaboratorium von Dr. A. Gunsett in Straßburg.

Methoden zur quantitativen und qualitativen Messung der Röntgenstrahlen für die Dermatologie.

Von

Dr. A. Gunsett, Straßburg.

Spezialarzt für Dermatologie.

(Mit 2 Abbildungen.)

(Schluß.)

Von ganz anderen Gesichtspunkten ging Hans Meyer [2]) bei seiner Dosierungsmethode aus. Bekanntlich folgen die Röntgenstrahlen in bezug auf Distanzabnahme des Lichtes denselben Gesetzen, wie die übrigen Lichtstrahlen. Je weiter die belichtete Fläche von der Strahlungsquelle entfernt ist, desto geringer ist die Lichtstärke und zwar nimmt letztere im umgekehrten Verhältnis des Quadrats der Entfernung ab. Es ist nun ebenfalls bekannt, daß die Sabouraudsche Tablette in halber Fokushautdistanz angebracht werden muß und daß wir dann, wenn wir bis zur Teinte B bestrahlen, der Haut eine sogenannte Normaldosis applizieren. Hat man beispielsweise einen Abstand Antikathode-Glas von 5 cm und bringt man die Sabouraudsche Tablette 3 cm von der Glaswand entfernt an, so würde man die Normaldosis in einer Entfernung $8 + 8 = 16$ cm Fokushautdistanz erreichen. Es ist nun nach den eben erwähnten Regeln

[1]) Münchener med. Wochenschr., 1910, Nr. 52.

[2]) Münchener medizinische Wochenschrift, 1911, Nr. 4.

Digitized by Google

von der Distanzabnahme des Röntgenlichtes ohne weiteres klar, daß es gelingt, jede beliebige Teildosis dieser Normaldose zu applizieren, wenn man mit der Haut in eine entsprechend größere Entfernung rückt, während das Dosimeter (die Tablette) an der betreffenden Stelle bleibt. Man kann die Normaldosis in zehn Teile teilen, die dann den Kienböck-schen quantimetrischen Einheiten entsprechen, und kann dann für jeden Teil die dazugehörige Entfernung genau berechnen. Ein Beispiel wird die Sache sogleich erläutern: Nehmen wir eine Röhre mit 5 cm Fokusglaswanddistanz und bringen die Tablette 3 cm von der Glaswand entfernt an. Wir bekommen dann (nach der Sabouraudschen Angabe) die Normaldose = 10 X, wenn wir die Haut in eine Entfernung von 8 + 8 = 16 cm vom Fokus bringen. Angenommen, wir wollen nun nur die halbe Normaldose = 5 X applizieren. Wie weit muß dann die Haut vom Fokus wegrücken? Bezeichnen wir mit i die Strahlenintensität der Erythemdose, mit i_1 diejenige der halben Erythemdose, mit a die gesuchte Entfernung und mit b die Entfernung bei der Normaldose, so müssen wir nach folgender Formel rechnen

$$\frac{i}{i_1} = \frac{a^2}{b^2}$$

Setzen wir die entsprechenden Werte ein, so erhalten wir:

$$\frac{10\,x}{5\,x} = \frac{a^2}{16^2} \quad \text{oder } a^2 = \frac{16^2 \cdot 10}{5} = 512$$

$$a = \sqrt{512} = 22{,}6.$$

Wir müssen also, um die Dosis von 5 X zu erhalten, die Haut in eine Entfernung von 22,6 cm vom Fokus bringen, wobei die Fokusdosimeterdistanz 8 cm beträgt. Die gleiche Rechnung würde z. B. für eine Dosis von 8 X eine Fokushautdistanz von 17,9 cm ergeben. Auf diese Weise sind wir imstande, durch Abmessen verschiedener Entfernungen, exakt Bruchteile der Gesamtdosis abzumessen. Berechnen wir diese Abstände für jede einzelne Dosis von 1 X bis 10 X, so erhalten wir folgende Tabelle:

Fokusdosimeterdistanz 8 cm

Dosis	10 X	9 X	8 X	7 X	6 X	5 X	4 X	3 X	2 X
Fokushautdistanz cm	16	16,9	17,9	19,2	20,6	22,6	25,3	29,3	35,9

Um nun z. B. eine bestimmte Dosis von 3 X zu applizieren, bringt man die Haut in eine Entfernung von 29,3 cm vom Fokus und bestrahlt, bis die Tablette die Teinte B gibt. Wir bekommen dann statt 10 X nur 3 X auf der Haut.

Digitized by Google

Zur Erleichterung der Ausführung dieser Messung konstruierte MEYER einen besonderen Bestrahlungskasten, bei dem eine besondere Sorgfalt auf die Befestigung des SABOURAUDschen Dosimeters verwandt wurde. Der Kasten umschließt, mit Schutzstoff ausgekleidet, die Röhre allseitig, so daß außer dem Bestrahlungskegel keine Strahlen die Röhre verlassen. Es wird hierdurch die Abdeckung des Kranken mit Bleigummidecken

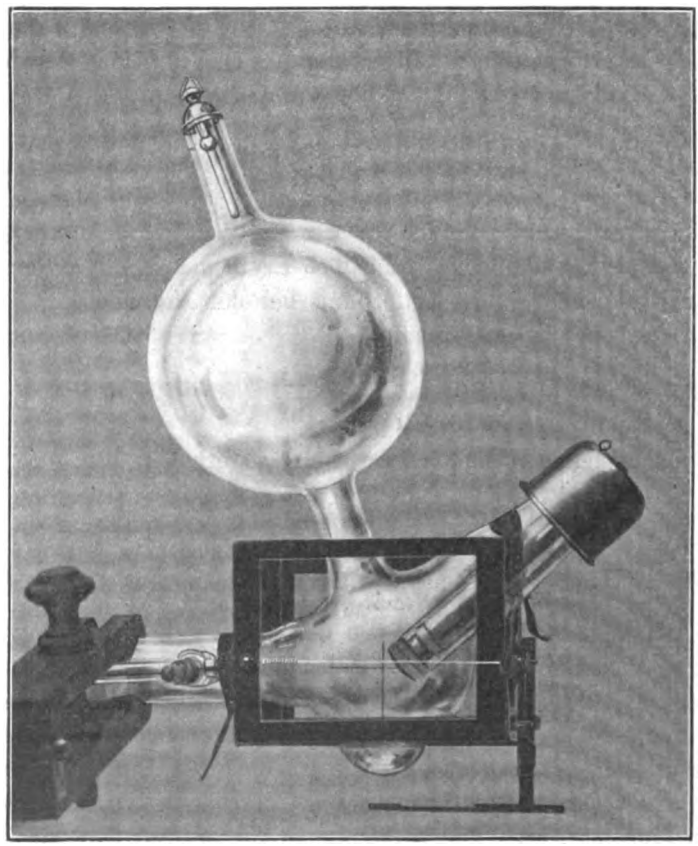


Fig. 1.

außerordentlich erleichtert, und ferner die Überflutung des Raumes mit Röntgenstrahlen und den schädlichen Sekundärstrahlen erheblich eingeschränkt. An diesem Kasten ist das Dosimeter auf folgende Weise angebracht (s. Figur 1).

Durch eine Visiervorrichtung wird zunächst der Fokus auf einen seitlich an dem Kasten befindlichen, mit Millimetereinteilung versehenen Meßstab projiziert und dann in dieser Stellung der Dosimeterhalter fixiert.

Digitized by Google

Die Entfernung Antikathode—Dosimeter, kann dann an diesem Meßstab auf Millimeter genau eingestellt werden, wobei zu berücksichtigen ist, daß der Fokus nicht immer genau in der Mitte der Antikathode liegt, sondern oft etwas darüber oder darunter. Das Dosimeter ist nun selber so befestigt, daß dasselbe in einem Kreisbogen in dem Bestrahlungskegel schwingt. Dadurch wird der Abstand desselben von der Antikathode bei allen Verschiebungen, die ja bei der wiederholten Ablesung der Tablette erfolgen müssen, gleich bleiben, und ferner ist auch der Einfallswinkel, mit dem die Strahlen auf das Dosimeter auftreffen, der ja für die Strahlungsintensität von der allergrößten Bedeutung ist, immer derselbe. Da das Dosimeter auf Blei liegen muß, so würde natürlich eine bestimmte Quantität Strahlen, entsprechend dieser kleinen Bleiunterlage, aus dem Bestrahlungskegel herausgeschnitten. Der Ausfall ist aber sehr gering, wie eine ausgedehnte praktische Erfahrung gelehrt hat, und außerdem kann er auf ein Minimum reduziert werden dadurch, daß man das Dosimeter während der Bestrahlung ein- bis zweimal in seinem Kreisbogen verschiebt, was ja beim Ablesen der Tablette leicht geschehen kann.

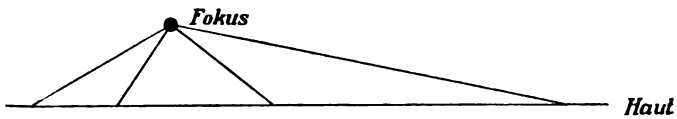


Fig. 2.

Durch diese Art der Dosierung ist eine Sicherheit und eine Exaktheit gewonnen, wie sie kaum noch erhöht werden kann. Denn ohne Mühe wird bei jeder Applikation eine Messung der Strahlung vorgenommen, so daß man auf diese Art vollständig vor Dosierungsfehlern geschützt ist.

Noch eine Lücke hatte dieses Verfahren. Wie aus dem Vorhergehenden hervorgeht, hat jede Dosis ihre ganz bestimmte Fokushautdistanz. Die Bindung an eine vorgeschriebene Fokushautdistanz würde aber in vielen Fällen zu einer Ungleichmäßigkeit der Bestrahlung führen, Verhältnisse, auf welche besonders HOLZKNECHT aufmerksam gemacht und für die er besondere Regeln aufgestellt hat. Da das Röntgenlicht eine Divergente, von einer nahezu punktförmigen Quelle wie Radien einer Kugel ausgedehnte Strahlung darstellt und davon eine in vielen Fällen ziemlich plane Fläche, die Haut, getroffen wird, so ist die Weglänge dieser einzelnen Strahlen notwendigerweise ungleich, und da die Intensität des Strahles mit dem (Kosinus seines) Einfallswinkel abnimmt, so ist die an den einzelnen Punkten der bestrahlten Fläche auffallende Lichtmenge verschieden (s. Figur 2).

Digitized by Google

Ein Strahl wird also um so schwächer, je länger sein Weg ist und je kleiner sein Einfallswinkel ist. Nach den Berechnungen HOLZKNECHTS ist die Bestrahlung am gleichmäßigsten, wenn das Licht senkrecht über der Mitte des Bestrahlungsfeldes und in einer Entfernung steht, die mindestens doppelt so groß als der Durchmesser des Bestrahlungsfeldes ist. Bei mehrstelliger Totalbestrahlung ohne Abdeckung aus verschiedenen Röhrenstellungen, soll die Fokushautdifferenz gleich der Entfernung der einzelnen Fußpunkte voneinander sein. Ist eine Kugeloberfläche zu bestrahlen, so soll als Fokushautdistanz die doppelte Länge des Radius der Krümmungslinie gewählt werden, wenn dieser Radius 15 cm nicht übersteigt; sonst wählt man mehrere Fokusstellungen, wobei die Fokushautdistanz gleich der doppelten Länge des größten Herddurchmessers gewählt wird. Um also eine gleichmäßige Bestrahlung zu erzielen, muß eine Variation der Distanz bei den einzelnen Dosen ermöglicht werden.

MEYER führt diese durch Veränderung der Fokusdosimeterdistanz herbei und gab folgende Formel an, mit der in jedem einzelnen Falle für eine den HOLZKNECHTschen Regeln entsprechende optimale Hautdistanz die zugehörige Dosimeterdistanz mit Hilfe der oben angegebenen Tabelle, berechnet werden kann:

$$X = \frac{a \cdot c}{b}$$

wobei a die Fokusdosimeterdistanz der Tabelle, b die Fokushautdistanz der Tabelle, c die optimale Fokushautdistanz der zu applizierenden Dosis und X die gesuchte Fokusdosimeterdistanz der zu applizierenden Dosis bezeichnet.

Da nun der Praktiker nicht in jedem einzelnen Falle diese Werte einzeln berechnen kann, so stehen sie ihm in Tabellen zur Verfügung und zwar reichen eine Tabelle für 8 cm, eine für 9 cm und eine für 10 cm Fokusdosimeterdistanz vollständig für die Praxis aus.

Tabelle II. Fokusdosimeterdistanz 9 cm.

Dosis X	10	9	8	7	6	5	4	3	2
Fokushautdistanz cm	18	19	20,1	21,6	23,3	25,4	28,5	33	40,4

Tabelle III. Fokusdosimeterdistanz 10 cm.

Dosis X	10	9	8	7	6	5	4	3	2
Fokushautdistanz cm	20	20,1	22,4	24	25,8	28,3	31,6	36,6	45

Man ist also demnach in der Lage, jede gewünschte Dosis auch in der für Gleichmäßigkeit optimalen Entfernung exakt zu applizieren.

Mit Hilfe dieser Tabellen gestaltet sich nun in der Praxis die Bestrahlung bei geringer Übung sehr einfach. Nehmen wir an, wir wollen

Digitized by Google

eine Dosis von 3 X auf eine nicht zu große Psoriasisplaque applizieren, so verfahren wir folgendermaßen:

Die Röhre kommt nach Abdeckung des Patienten in den Kasten, wird mit Hilfe der Visiervorrichtung mit ihrem Fokus zentriert, das Dosimeter wird auf 8 cm gestellt und mit der in schwarzes Papier eingeschlagenen Tablette versehen. Sodann wird der ganze Kasten mit Hilfe des Stativs so über die Hautstelle angebracht, daß das Dosimeter 21,3 cm [1]) von der Haut entfernt steht, eine Zahl, die man nur von der Tabelle I abzulesen braucht. Ist diese Distanz 21,3 nicht ausreichend, um eine genügende Oberflächengleichmäßigkeit zu erreichen, so kann man auf der Tabelle II die Distanz 33 cm oder auf der Tabelle III die Distanz 36,6 cm wählen, wobei dann natürlich das Dosimeter auf 9 resp. 10 cm Abstand gerückt werden muß. Um dies zu ermöglichen, ist die Anordnung getroffen, daß das Dosimeter auch in der Vertikalen verschiebbar ist, also der Glaswand genähert oder von ihr entfernt werden kann. Mit einem beigegebenen Meßband oder Meßstab läßt sich die Sache mit Leichtigkeit einstellen. Die ganze Einstellung dauert kaum ein paar Minuten, dann wird bestrahlt, bis die Tablette die Teinte B erreicht hat, was mit den von Meyer angegebenen Röhren immer in vier bis sechs Minuten eintrifft.

Übrigens ist es mit Hilfe dieser Methode jetzt auch möglich, die Sabouraud-Noiré-Tablette bei künstlicher Beleuchtung abzulesen, so daß auch abends Bestrahlungen ausgeführt werden können, was gerade für den in der Praxis stehenden Arzt von Wichtigkeit ist [2]).

Für Schleimhautbestrahlungen werden an die Bestrahlungskästen besondere Lokalisatoren angebracht, die nach demselben Prinzip einer veränderlichen Fokushautdistanz konstruiert sind.

Außer der Präzision und Exaktheit der Dosierung, welche diese Methode gewährleistet und der Leichtigkeit der Ausübung hat dieselbe aber noch einen Vorteil. Wir sind nämlich bei dieser Methode von einer unbedingten Konstanz der Röhre unabhängig. Es können im Stromkreis Schwankungen vorkommen, bei der Dosierung macht dies gar nichts aus. Denn wir bestrahlen ja bis die Tablette die Teinte B erreicht und wissen dann, daß die Haut die von uns gewollte Dosis erhalten hat. Dieses jedesmalige Mitbestrahlen und Mitablesen der Tablette gibt dem röntgen-

[1]) Man mißt natürlich in praxi nicht bis zum Fokus die Distanz 29,3 cm ab, sondern nur bis zum Dosimeter 21,3. Diese Meßdistanz findet man leicht durch Subtraktion des Fokusdosimeterabstandes von den Fokushautdistanzen der Tabelle. Übrigens führt eine besondere Rubrik der mitgegebenen Tabellen diese Meßdistanzen besonders an.

[2]) Vgl. Ritter, Münch. med. Wochenschrift, 1911, Nr. 50.

Digitized by Google

therapietreibenden Arzt ein Gefühl der Sicherheit wie keine andere Methode. Nichtsdestoweniger muß man natürlich alle Mittel anwenden, um die Röhrenkonstanz aufrechtzuerhalten. Dies ist schon für einen rationellen Betrieb unbedingt nötig. **Meyer** verwendet für Therapie eine von ihm nach Art der **Grisson**-Therapieröhre angegebene **Burger**-Zentraltherapieröhre mit Osmoregulierung. Diese Röhren [1]) haben eine mit reichlichen Metallmassen außerhalb des Vakuums versehene Antikathode, die eine gute Wärmeabteilung ermöglicht, ferner ist bei der Fabrikation auf eine genügende Entgasung der Metallmassen im Vakuum Rücksicht genommen, was zur Folge hat, daß sie auch bei langdauernder Belastung nicht dazu neigen, weicher zu werden, sondern im Betriebe sich konstant halten oder sogar härter werden. Deshalb eignet sich für diese Röhren die von französischen Verfassern angegebene, dann im **Holzknecht**schen Laboratorium wieder zu Ehren gebrachte und von **Hans Meyer** warm empfohlene **Barbet**sche Distanzzündung. Mit Hilfe letzterer gelingt es, während des Betriebs diese Röhren, sobald sie härter werden, durch einen einfachen Druck auf einen Knopf auf die gewünschte Qualität zurückzubringen. Übrigens verträgt der von **Meyer** angegebene Röhrentyp diese Behandlung ausgezeichnet (vgl. **Ritter**: Über rationellen Röhrenbetrieb in der Röntgentherapie. Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 3). Dieser Verfasser berichtet, daß die Röhren der Kieler Klinik bei durchschnittlich 4000 Betriebsminuten gleich 66 Stunden im halben Jahr bei durchschnittlich $1^1/_2$ MA. Belastung nicht verbraucht waren, obwohl sie Tausende von Malen vermittels der Distanzzündung reguliert worden waren.

Wie können wir aber diese Änderung in der Härte der Röhre während des Betriebes feststellen? Dies führt uns auf die äußerst wichtige Frage der Qualität des emittierten Röntgenlichtes, die ebenso wichtig ist, wie die Quantität der aus der Röhre kommenden Strahlen. Wir dürfen uns nämlich nicht damit begnügen, ganz allgemein entweder weiches oder hartes Röntgenlicht zu verwenden, sondern wir müssen ein solches von einer ganz bestimmten zahlenmäßig definierbaren Härte haben.

Wie bei der quantitativen Messung der Röntgenstrahlen, so gibt es auch bei der qualitativen Messung derselben zwei Methoden, eine direkte und eine indirekte. Die direkte Messung der Härte der aus der Röhre austretenden Röntgenstrahlen geschieht mit Instrumenten, welche alle nach dem Typus des sog. Radiochromometers von **Benoist** konstruiert sind. Ihre

[1]) Wie jede Röntgenröhre, so müssen auch diese **Burger**-Röhren erst eine gewisse Zeit, nachdem man sie neu aus der Fabrik erhalten hat, an dem Apparat mit mäßiger Belastung „eingebrannt" werden, bevor sie für einen geordneten Betrieb brauchbar sind, bevor sie also zur Bestrahlung des Kranken herangezogen werden.

Digitized by Google

Konstruktion basiert auf der Tatsache, daß die Durchlässigkeit z. B. des Silbers sich gegenüber den Strahlungen verschieden harter Röntgenröhren in viel geringerem Grade ändert, als die des Aluminiums. Es wurden um eine Scheibe aus 0,11 mm dickem Silberblech 12 Sektoren angeordnet, die aus 1, 2, 3, 4 bis 12 mm dickem Aluminiumblech bestehen. Will man den Härtegrad einer Röhre messen, so legt man das Instrument mit seiner Rückseite der Rückseite eines Leuchtschirmes an und betrachtet das Ganze im verdunkelten Raume vor der Röhre, oder man legt dasselbe einer photographischen Platte auf, belichtet diese und entwickelt sie dann.

Auf dem so gewonnenen Bilde zeigt jedesmal ein Sektor die gleiche Helligkeit, wie das Silberblättchen in der Mitte, und die Schichtdicke in Millimetern dieses Sektors bezeichnet die Penetrationskraft, d. h. den Härtegrad der Röhre. Man spricht dann von z. B. 6° Benoist, was so viel heißen will, als daß die Strahlen die Fähigkeit haben, 6 mm Aluminium zu durchdringen. Dieses Instrument wurde in überaus praktischer Weise von Walter abgeändert, der nur sechs Härtegrade unterscheidet. Auch von Wehnelt ist dasselbe verändert worden.

Alle diese direkten Härtemesser haben den Nachteil, daß sich der Beobachter in mehr oder minder starkem Maße den Strahlen aussetzen muß, daß sie kleine Schwankungen der Röhrenhärte schlecht oder gar nicht anzeigen und daß überhaupt erst nach einer Änderung der Röhrenhärte gesucht werden muß. Wenn auch letztere schon einigermaßen durch eine Änderung des Milliamperemeterzeigers angedeutet wurde, so fehlte es doch bisher an Instrumenten, welche vom geschützten Orte aus eine Beobachtung erlaubten, und welche auch geringe Schwankungen in der Röhrenhärte automatisch durch einen Zeiger anzeigten.

Dies wurde erreicht durch Instrumente, welche sich der indirekten Meßmethode der Strahlenqualität bedienen, welche das Prinzip: die Härte der Strahlen ist proportional der Spannung des sie erzeugenden elektrischen Stromes, verwendet. Ein solches Instrument ist der von Heinz Bauer unter dem Namen Qualimeter in den Handel gebrachte Apparat. Das Instrument beruht auf der Tatsache, daß mit der Härte der Röhre auch die elektrische Spannung an ihren Polen ansteigt, und es mißt diese Spannung durch die elektrostatische Abstoßung zweier Flächenpaare, die elektrisch miteinander verbunden sind, und von denen das eine fest, das andere um eine Achse drehbar gemacht ist. „Die Größe der Abstoßung, die durch einen über einer Skala spielenden Zeiger leicht ablesbar ist, bildet ein Maß für die im Sekundärkreis herrschende Spannung. Da nun die Strahlenhärte bekanntlich eine Funktion dieser Spannung ist, so lassen sich aus der letzteren ohne weiteres Rückschlüsse auf die Penetrationskraft ziehen. Die Skala ist daher geeicht nach der Absorption, die die

Digitized by Google

Strahlen in Bleiblech, dessen Stärke stufenförmig immer um je ein Zehntel Millimeter von 0,1 bis 1 Millimeter anwächst, erfahren." (Heinz Bauer.) Dem Instrument ist eine Vergleichsskala mitgegeben, nach der jede vom Zeiger angezeigte Zahl der entsprechenden Zahl der Benoist-Grade entspricht; auch für Wehnelt- und Walter-Grade ist die Vergleichsskala angegeben. Man kann sich aber leicht davon überzeugen, daß diese Zahlen nicht übereinstimmen, wenigstens nicht an jedem Instrumentarium. Man braucht nur das Benoistsche Instrument auf eine photographische Platte zu legen, zu belichten, gleichzeitig den Zeigerstand des Qualimeters abzulesen und die Platte zu entwickeln, um sich davon zu überzeugen, daß der durch das Photogramm erhaltene Härtegrad nicht mit dem Zeigerstand des Qualimeters übereinstimmt. Bei einem 30 cm Induktor mit Rotaxunterbrecher und mit Burger-Zentraltherapieröhren (nach Dr. Meyer abgeändert) zeigte mein Qualimeter konstant um 2° härter an, als das Benoistsche Instrument. Ich habe dies sehr oft geprüft und immer dasselbe Resultat bekommen. An einem Rekordinstrumentarium mit Müller-Wasserkühlröhre und mit Gundelach-Röhre hingegen zeigte das Benoist-Photogramm um einen halben Grad härter an, als das Qualimeter. Ein anderes Qualimeterexemplar zeigte bei demselben Rekordinstrumentarium, denselben Müller- und Gundelach-Röhren und derselben Belastung noch um mehr als $^1/_4$° weicher an, als die Benoistsche Skala.

Aus alledem geht hervor, daß das Heinz Bauersche Qualimeter nicht als ein Ersatz für die oben beschriebenen direkten Härtemesser in Betracht kommen kann[1]). Das Instrument ist aber jedenfalls gut geeignet, um Änderungen in der Härte einer Röhre während des Betriebs automatisch anzugeben. Es ist so empfindlich, daß das geringste Weicher- oder Härterwerden der Röhre bereits ein Fallen oder Steigen des Zeigers bedingt. Dazu kann dasselbe an einem vor Röntgenstrahlen gesicherten Orte angebracht werden. Es ersetzt in äußerst günstiger Weise die viel unbequemere parallele Funkenstrecke und erlaubt in Verbindung mit dem Milliamperemeter ein äußerst exaktes Arbeiten. Von geschütztem Orte aus kann der Arzt jetzt den ganzen Therapiebetrieb überwachen. Ein Weicherwerden ist bei richtiger Belastung der Meyerschen Röhren nicht zu befürchten. Wird die Röhre härter, so steigt das Qualimeter (unter gleichzeitigem Sinken des Milliamperemeters). Der Arzt braucht dann nur auf den Knopf der Fernregulierung so lange zu drücken, bis der Qualimeterzeiger wieder seinen ursprünglichen Stand hat.

---

[1]) Siehe auch Walter, Fortschritte a. d. Geb. der Röntgenstr., 1911, Heft 4. Meyer und Ritter, Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 2.

Digitized by Google

Benützt man immer denselben Röhrentyp, so kann in gewissem Maße das Qualimeter eine direkte Härteskala ersetzen. Jeder muß dann allerdings vorher das Qualimeter mit einem solchen direkten Härtemesser für seine Röhren und sein Instrumentarium eichen. Bei ein und demselben Röhrentyp kommt keine Abweichung vor, wenn man ihn am selben Instrumentarium benutzt. Ich fand konstant bei den Meyerschen Röhren an meinem Instrumentarium, wie schon oben erwähnt, denselben Unterschied von 2° zwischen der Angabe des Qualimeters und der Benoistschen Skala.

Ich möchte zum Schluße noch hervorheben, daß es mit den von Meyer angegebenen Röhren und seiner dosimetrischen Methode bei einem brauchbaren Instrumentarium gelingt, jede Dosis, die kleinste wie die größte, in 4—6 Minuten zu verabreichen. Es ist somit für den Praktiker eine ganz erhebliche Ersparnis an Zeit gegeben, um so mehr, als die ganzen Vorbereitungen zur Bestrahlung, wie oben erwähnt, nur wenige Minuten in Anspruch nehmen. Da die Röhren ferner bei sachgemäßer Behandlung jahrelang halten, so ist auch eine weitgehende Ökonomie im Gebrauch gewährleistet. Und nicht zuletzt ist für den Arzt, besonders in der Dermatologie, bei Bestrahlung von Affektionen, bei welchen eine Schädigung des Patienten unter jeder Bedingung vermieden werden muß, die Sicherheit zu schätzen, welche ihm diese Methode bietet[1]).

Fachzeitschriften.

Bulletin de la Société Belge de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 13. November 1910.

Fall zum Diagnostizieren, von Dandois-Löwen. Ein 30jähr. Patient, der vor fünf Jahren wegen Syphilis behandelt worden war, hatte am ganzen Stamme mißfarbig-blutig belegte Ulzerationen. Stellenweise dicke Krusten, Narbenzüge und lebhafte Granulationen. Subkutane Salvarsaninjektionen ohne Erfolg. Dietz denkt an Mycosis fungoides.

Epitheliom mit Kohlensäureschnee behandelt, von Thomson-Brüssel. Ein 69jähr. Mann hatte ein etwa 4 qcm großes Epitheliom unter dem linken Auge. Nach viermaliger Applikation von Kohlensäureschnee bestehen nur noch 2—3 derbe Stellen.

Versuche, die Syphilis mit hohen Arrhenaldosen zu behandeln, von Poirier-Antwerpen. Verf. hat Patienten in allen Stadien der Syphilis Arrhenal in Dosen bis

[1]) Alle zur Ausübung des vorgenannten Verfahrens nötigen Instrumente sind bei der Firma Pohl, Kiel, Hospitalstr. 27, zu beziehen. Da der Bestrahlungskasten dem Röhrentyp genau angepaßt sein muß, so ist es für den Arzt empfehlenswert, auch die von Burger angefertigten Röhren immer durch die genannte Firma zu beziehen, unter Angabe der Nummer des Bestrahlungskastens.

Digitized by Google

zu 1,0 injiziert. Besonders im sekundären und primären Stadium hatte er sehr gute Erfolge. Das Verhalten der Wassermannschen Reaktion wurde nicht untersucht. Mißerfolge sind auf zu geringe Dosen zurückzuführen. Die großen Mengen wurden anstandslos vertragen. Anführung von Krankengeschichten.

Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Bayet-Brüssel. Die Sterilisierung des Körpers durch Salvarsan ist nicht möglich. Die Versuche mit diesem Mittel sind noch nicht abgeschlossen und es ist daher die größte Vorsicht bei seiner Anwendung am Platze. Richard Frühwald-Leipzig.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1911, Bd. 2, Nr. 23 u. 24.

Ein Fall von karzinomatöser Degeneration einer hypertrophischen Prostata, von Liukumobitsch. Ein 64jähr. Kranker hatte seit vier Jahren Miktionsbeschwerden und zeigte nun die typischen Erscheinungen der Prostatahypertrophie. Die Prostata wurde auf suprapubischem Wege entfernt. Histologisch fand man eine Proliferation aller Gewebe, besonders der Drüsen. Außerdem zeigten die Drüsenschläuche Wucherung des Epithels in mehreren Lagen, die die Drüsenlumina steilenweise ausfüllte und die Kanäle zusammendrängte. An einigen Stellen waren die Epithelzellen degeneriert.

Dieser Befund der beginnenden karzinomatösen Umwandlung der hypertrophischen Prostata und die Unmöglichkeit, den Zeitpunkt ihres Beginnes festzustellen, veranlassen den Verf., in jedem Falle von Prostatahypertrophie die Totalexstirpation des Organes zu fordern.

Ein Fall von Darmverschluß durch Würmer nach einem suprapubischen Steinschnitte, von Mélikiantz-Eriwan. Einem Patienten wurde auf suprapubischem Wege ein großer Blasenstein entfernt. Am Tage nach der Operation erkrankte er unter den typischen Erscheinungen des Darmverschlusses: Fieber, Erbrechen, Meteorismus, Schmerzen, Aufhören von Stuhl- und Windabgang. Diese nahmen in den nächsten Tagen zu; erst am 4. Tage nach Beginn setzte Durchfall ein. Dabei wurde mit einem Stuhle ein großer Haufen von Askariden entleert, dem in den nächsten Tagen noch zahlreiche Würmer folgten. In diesem Momente hörten die bedrohlichen Erscheinungen auf, und der Patient erholte sich rasch, so daß er nach elf Tagen entlassen werden konnte. Der Darmverschluß war offenbar durch die Würmer verursacht.]

Internationaler Urologenkongreß zu London 1911.

Phosphaturie und Oxalurie, von Teissier-Lyon.

Oxalurie und Phosphaturie, von Richter-Berlin.

Die Dauerresultate der Prostatektomie wegen Prostatahypertrophie, von Proust-Paris.

Die unmittelbaren Resultate der Prostatektomie, von Zuckerkandl-Wien.

Die Resultate der Prostatektomie, von Hugh Hampton Young-Baltimore.

Resultate von 207 Prostatektomien, von Victor Pauchet.

Ausgedehnte Resektionen der Blase, von D. Giordano-Venedig.

Ausgedehnte Resektionen der Blasenwand, von Hurry Fenwick.

Ausgedehnte Resektionen der Blase, von Rovsing-Kopenhagen.

Dauerresultate der Prostatektomie, von Regino Gonzales.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

1. November 1911.

Ureterensteine, die in der Urethra prostatica eingekeilt waren und durch die Harnröhre entfernt wurden, von M. Gallois. Ein 18jähriger Patient, der schon im 5. Lebensjahre wegen eines Blasensteines operiert worden war, erkrankte an Pyurie und Erschwerung der Miktion, die äußerst schmerzhaft war. Die genaueste Untersuchung ließ nicht den vermuteten Stein finden. Drei Wochen später trat komplette Harnverhaltung ein; die Katheterisierung war durch ein Hindernis in der Pars prostatica unmöglich. Am Abende desselben Tages erschien am Orificium urethrae ein Stein, der leicht entfernt werden konnte. Drei Monate später traten dieselben Erscheinungen auf, doch mußte behufs Entfernung des Steines erst die Urethra anterior inzidiert werden. Die Steine wurden ihren morphologischen Charakteren nach als Ureterensteine erkannt. Verf. gibt hierauf einen allgemeinen Überblick über Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie der Ureterensteine.

Versuche einer chirurgischen Behandlung der sogenannten Harnverhaltung ohne mechanisches Hindernis, von Rochet-Lyon. Der Verfasser hat bei diesem Leiden, das die Kranken oft schon in jungen Jahren zu einem Katheterleben zwingt, zweimal die Enukleation der kleinen und derben Prostata, zweimal die Cystotomia suprapubica vorgenommen, ohne damit Dauererfolge zu erzielen. Dagegen konnte er zwei Patienten durch Inzision der Pars membranacea der Urethra und perineale Drainage von ihrem Leiden befreien. Bei einer Frau stülpte er die sehr große und schlappe Blase ein, vernähte die Umstülpungsstellen und verkleinerte so das Blasenvolumen. Die Kranke kann nun seit $1^1/_2$ Jahren normal urinieren.

Einfache Nephrotomie bei infizierter Steinniere mit großen Steinen, von Rochet-Lyon. In solchen Fällen kann die Inzision der Niere völlig ohne Eiterung und Harnfistel vernarben. Wenn auch die Nephrektomie besser sein mag, so ist die genannte Methoe doch bei jenen Fällen am Platze, wo die Entfernung der Niere unstatthaft ist.

Gefärbte Lösungen zur Lokalanästhesie, von Dubar jun.-Armentières (Nord). Verf. setzt Novokain- und Alypinlösungen Methylenblau oder Fuchsin zu, da er auf diese Weise stets den infiltrierten und anästhetischen Bezirk genau erkennen kann.

Eine einfache Modifikation des Albarranschen Zystoskops, um die Beschmutzung des optischen Apparates beim Einführen durch die Urethra zu verhindern, von Reynès-Marseille. Verf. ersetzt das optische System durch einen Mandrin, führt das Zystoskop ein und wechselt dann erst den Mandrin aus.

Neues Urethrotom, von F. Legueu. Das Instrument schneidet beim Einführen die obere und untere Urethralwand ein. Beim Zurückziehen dreht es sich selbsttätig um 45° und macht daher noch zwei Inzisionen in die Striktur. Verf. hat sehr gute Erfolge mit diesem Apparate gehabt. Den Effekt konnte er einmal histologisch kontrollieren.

Richard Frühwald-Leipzig.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Januar 1912.

Die Beziehungen zwischen Zähnen und Hautkrankheiten und Schleimhauterkrankungen, von W. Knowsley Sibley-London. S. sucht Zusammenhänge zwischen Akne, Alopecia areata, Seborrhoea capilitii, Leucoplacia buccalis u. a. mit Neuralgien des Fazialis, Nerven und kariösen Zähnen.

Nierenkolik, von A. Hamilton Lewings-Milwaukee. Symptomatologische Studie.

Digitized by Google

Ist die Spirochaeta der wahre Erreger der Syphilis, von JUSTIN DE LISLE-Paris.

Gangränöse Varizellen, kompliziert durch Irido-Choroiditis, von HENRY A. BERNSTEIN-New York. Kasuistik.

Saug-Drainage bei Blasenkrankheiten, von NATHAN G. BOZEMAN-New York. Angabe eines Irrigators mit Pumpwerk.

Die moderne Syphilisbehandlung, von GEORGE LACAPERE-Paris. Empfehlung der intravenösen Injektion von Salvarsan 0,3—0,5, solange, bis die WASSERMANNsche Reaktion negativ ausfällt.

Erkrankung und Behandlung am Colliculus seminalis, von GEORGE KNOWLES SWINBURNE-New York. Die Entzündung des Colliculus seminalis ist nicht so selten; manche Beschwerden der Neurastheniker sind auf sie zurückzuführen. Das häufigste Symptom ist Brennen beim Harnlassen nach Geschlechtsverkehr. Die Behandlung besteht zweckmäßig in Kauterisation, in Ätzungen mit Jodtinktur oder 5—20prozentigen Höllensteinlösungen und in Bougierungen.

Das Gesetz von Utah, von G. HENRI BOGART-Terre Haute. Durch ärztliche Anzeigepflicht für jeden Fall von Geschlechtskrankheiten will der Staat versuchen, die Häufigkeit der Erkrankungen zu vermindern.

Lokomotorische Ataxie und ihre Beziehung zur Urologie, von HENRY KLUSSMAN-Spokane. Bei Störungen in der Harnentleerung ist bei Fehlen von Blasen- oder Prostataerkrankung an Syphils zu denken und eventuell die WASSERMANNsche Reaktion zur Entscheidung zweifelhafter klinischer Symptome vorzunehmen.

Blasenpapillom, behandelt mit hochfrequenten Strömen, von JAMES A. GARDNER-Buffalo. Kasuistik.

Die Zeiten der Blutkoagulation bei Hautkrankheiten, von MYER SOLIS-COHEN-Philadelphia. Literaturzusammenstellung.

Frühdiagnose der Nierentuberkulose und ihre Behandlung, von HOWARD D. LEWIS-Baltimore. Bekanntes.

Kolloidale Silberinjektionen bei der Nierendiagnose, von LAWRENCE T. PRICE-Richmond. Empfehlung der zuerst von VOELCKER-Heidelberg vorgenommenen Injektionen in das Nierenbecken zwecks Röntgenaufnahmen.

Akute Infektionen an den Händen, von WALTER C. CRAMP-New York. Nichts Neues.

Schourp-Danzig.

Bücherbesprechungen.

Praktische Anleitung zur Syphilisdiagnose, von P. MULZER-Straßburg i. E. Zweite Auflage. Verlag von Julius Springer-Berlin, S. 112. In zweiter Auflage ist das bekannte Werkchen erschienen, das im ersten Teile über den Spirochätennachweis, im zweiten über die Ausführung der W. R., nebenbei auch über deren Wert und praktische Bedeutung, berichtet. Der Wert des schnellen und sicheren Spirochätennachweises ist hinlänglich bekannt, um eine ausführliche Darstellung der zur Verfügung stehenden Methoden, deren beste nach Verf. die Dunkelfeldbeleuchtung ist, zu rechtfertigen. Bei der Schilderung der W. R. werden alle Einzelheiten der Technik, Extrakt und Extraktbereitung, Komplementgewinnung usw. erschöpfend abgehandelt. Auch die zahlreichen Modifikationen der W. R. werden ausführlich besprochen. M. E. könnte Verf. hier und im „Anhang" manche Kürzung eintreten lassen, z. B. bei der SCHÜRMANNschen Farbenreaktion, die doch nur ein geringes historisches Interesse beanspruchen kann. Vermißt

Digitized by Google

jedoch habe ich eine ausführlichere Besprechung der W. R. im Liquor cerebrospinalis nach der von NONNE ausgearbeiteten Auswertungsmethode, die ja für die Diagnose der syphilogenen Nervenkrankheiten eine große Rolle spielt.

Alles in allem ist das Büchlein für Praxis und Laboratorium gut brauchbar.

Fendt-Wiesbaden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Traumatische Entzündungen.

Radiodermatitis am Bauche, von NAVARRE. Eine Frau wurde wegen Uterusfibromen bestrahlt und bekam eine große Ulzeration unterhalb des Nabels.

Richard Frühwald-Leipzig.

Intensive Verbrennungen der Vorderfläche des Halses, der Brust und eines Teils der seitlichen und hinteren Flächen des Halses usw., von E. F. TRAVERS und D. F. MAUNSELL. (Lancet, 1911, Juni 3.) Die ausgedehnten Verbrennungen dritten Grades umfaßten ungefähr den vierten Teil des Rumpfes und einen Teil der Arme. Unter einem Verbande mit konzentrierter Pikrinsäurelösung und durch stimulierende Mittel gelang es, Schock abzuwehren, und im weiteren Verlauf wurde durch Hautüberpflanzung in drei Sitzungen ein sehr erfreuliches Resultat schließlich erreicht.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Thiosinamin in der Behandlung von Verbrennungsnarben, von J. EWING MEARS-Philadelphia. (Med. Record, 19. Nov. 1910.) Außerordentlich ausgedehnte keloidartige Verbrennungsnarben am linken Arm eines jungen Mädchens wurden mit Thiosinamin behandelt, äußerlich mit einer 8%igen Thiosinaminsalbe und innerlich mit Pillen dreimal täglich 0,03—0,06. Langsam flachten die Narbenmassen ab und verloren ihre auffällige blaurote Verfärbung. Beigegebene Photographien zeigen den Unterschied zwischen dem ursprünglichen Aussehen und nach einem Jahre fortgesetzter Behandlung.

W. Lehmann-Stettin.

Neurotische Entzündungen.

Zur Ätiologie der Hydroa aestivalis, von ALFRED PERUTZ-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1910, Nr. 4.) Auf Grund der Versuche HAUSMANNS, welcher fand, daß der Galle, gewissen Gallenfarbstoffen und dem Hämatoporphyrin eine photodynamische Wirkung zukomme, erzeugte Verfasser bei Kaninchen durch Sulfonalfütterung Hämatoporphyrinurie und belichtete alsdann die Ohren mit der KROMAYERschen Quarzlampe. Er sah danach ein der Hydroa aestivalis ähnliches Krankheitsbild auftreten und glaubt daraus schließen zu dürfen, daß auch bei den mit dieser Krankheit behafteten Menschen eine Allgemeinkrankheit des Organismus bestehe, nämlich daß Hämatoporphyrin im Organismus kreise.

Arthur Schucht-Danzig.

Ein Fall von ausgedehntem Herpes, von G. WILLIAMS-Greene. (Med. Record, 2. September 1911.) Bei einer 68jährigen Dame breitete sich ein Herpes über die ganze linke Gesichtsseite aus bis in den inneren Augenwinkel, in den äußeren Gehörgang und in das Mittelohr. Der Prozeß führte zu einer Zerstörung des Trommelfells und der Gehörknöchelchen.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Der paralytische Zoster der Hirnnerven und die Theorie der akuten Poliomyelitis posterior, von HENRI CLAUDE und H. SCHAEFFER. (Presse méd., 1911, Nr. 42.) Die Verfasser teilen einen Fall von Zoster cervico-facialis mit, welcher im Gebiete mehrerer Hirnnerven (3., 5., 6., 7., 8., 9. und 10.) aufgetreten war. Am Hals war das Hautnervengebiet des 2. und 3. Zervikalnerven und der hinteren Äste des 4. befallen, im Gesicht der Trigeminus. Am Ohr fanden sich am Tragus Vesikel im Gebiet des Ganglion Gasseri, hinterm Ohr im Gebiet des Ganglion jugulare. Im Beginn der Erkrankung war Ohrenklingen und Verminderung der Hörfähigkeit vorhanden, so daß auch eine Beteiligung des Ganglion spirale angenommen werden muß. Außerdem war eine Lähmung des Fazialis und des Okulomotorius vorhanden. Die Lumbalflüssigkeit zeigte eine starke Leukozytose. Das Auftreten des Zoster im Gebiete der sensiblen Nerven führen die Verfasser auf eine akute Poliomyelitis posterior der Hirnnerven zurück, während sie für die Gebiete der motorischen Nerven eine komplizierende Basalmeningitis verantwortlich machen. Nach ihnen ist der primäre Zoster ein infektiöser Prozeß, der sich vor allem an den Ganglien abspielt und sekundär durch die sub-arachnoidalen Räume hindurch auf die Meningen und motorischen Nerven weiterkriechen kann.

Gunsett-Straßburg.

Herpes Zoster in Verbindung mit Nierenveränderungen, von M. KROTOSZYNER-San Franzisko. (Journ. Amer. Med. Assoc., Bd. 57, Nr. 11.) Die Beobachtung von zwei einschlägigen Fällen führt den Verf. zur Forderung, in allen Fällen von Nierenkoliken sorgfältig auf die hyperalgetischen Hautzonen HEADS zu achten. Schourp-Danzig.

Herpes Zoster, akute Poliomyelitis und Zincum phosphoratum, von WM. F. WAUGH-Chikago. (Med. Record, 27. Mai 1911.) Zincum phosphoratum in Dosen von 0,01 g, eine Stunde vor jeder Mahlzeit, hat Verf. bei Herpes Zoster ganz ausgezeichnete Dienste getan und vor allen Dingen die neuralgischen Symptome in wenigen Tagen beseitigt. Da der Herpes Zoster als eine infektiöse Allgemeinerkrankung, mit Lokalisation in den Rückenmarkwurzeln, angesehen wird, hat Verf. den Versuch gemacht, auch bei anderen akuten infektiösen Erkrankungen mit Lokalisation im Nervensystem das Zincum phosphoratum in Anwendung zu bringen; er glaubt in einem Fall von akuter Poliomyelitis guten Erfolg davon gehabt zu haben, und versucht eine Erklärung der Wirkungsweise des Medikaments zu geben. W. Lehmann-Stettin.

Kasuistischer Beitrag zur Lehre vom Herpes Zoster mit Viszeralneuralgie, von J. STEIN-Saaz. (Prag. med. Wochenschr., 1911, Nr. 26.) Verf. beschreibt einen Fall von Herpes zoster lumbo-inguinalis, kombiniert mit schweren Darmneuralgien bei einer alten Frau. Zwei Tage nach Auftreten der Schmerzattacken bildete sich die Hauteruption. Die Schmerzanfälle ließen nach Abheilen der Herpeseruption zwar nach, dauerten aber in mitunter heftiger Weise bis in den sechsten Monat der Erkrankung. Nach Ansicht des Verfassers liegt in diesem Falle eine schwere, wahrscheinlich hämorrhagisch entzündliche Erkrankung eines oder mehrerer Lumbalganglien des N. sympathicus vor; der Entzündungsprozeß setzt sich durch den Ramus communicans auf den Bauchsympathicus fort und erzeugt in den Eingeweiden die Neuralgien.

Arthur Schucht-Danzig.

Ein operativ geheilter Fall von traumatischer reflektorischer Trophoneurose der Hand, von P. SUDECK-Hamburg. (Monatsschr. f. Unfallheilkunde u. Invalidenwesen, 17. Jahrg., Nr. 10/11.) Im Anschluß an ein Trauma des Handgelenkes hatte sich eine akute Knochenatrophie der Handwurzelknochen mit Atrophie auch der Haut entwickelt. Heilung nach operativer Entfernung einer kleinen Knochenauflagerung am Os hamatum, welche wahrscheinlich als fortdauerndes Irritament auf einen kleinen Nervenast gewirkt hat.

Arthur Schucht-Danzig.

Digitized by Google

Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Die Lepra in den südamerikanischen Kolonien und ihre Gefahren für Italien, von Bertarelli. (Morgagni, 15. Juni 1911.) Bertarelli teilt eine Statistik aus dem Staate S. Paulo mit, nach welcher sich unter 4 Millionen Einwohnern 2500 Lepröse befinden. Seit 1900 ist die Krankheit dort ebenso wie in Brasilien in stetem Steigen begriffen. Gunsett-Straßburg.

Die Lepra in Brasilien, von Toffoli Clemente. (Gazz. degli Ospedali e della Cliniche, 1910, Nr. 124.) Enthält die Mitteilung eines Briefes vom Verf. an Breda, wonach die Lepra in Brasilien an Ausdehnung gewonnen hat und die Regierung anfängt, durch Isolierung und Gründung von Leprosorien eine weitere Vermehrung zu verhindern. Haas-Hamburg.

Die Lepra in Kolumbien, von E. Feindel (Presse méd., 1911, Nr. 15.) Referat einer Arbeit von Montoya y Florez. (La lepra en Colombia, Medellin, 1910). Es gibt zurzeit in Kolumbien 4304 Lepröse auf $4^1/_2$ Millionen Einwohner. Die Hälfte derselben ist in Leprosorien isoliert. Die Krankheit wurde in der Stadt Bousecours durch einen Kaufmann eingeschleppt, der selber durch eine schwarze Sklavin angesteckt worden war. 33 Jahre später existierten bereits 67 Leprafälle, die alle auf diese Ansteckungsquelle zurückzuführen waren. Es ist also nicht an der Kontagiosität der Lepra zu zweifeln. Vom Nastin wurde nie eine Besserung gesehen, hingegen wohl von einem von Juan de Carrasquilla-Bogota hergestellten Serum. Ferner werden auch Spontanheilung, besonders nach interkurrierenden Infektionen (Variola, Erysipel), verzeichnet. Gunsett-Straßburg.

Der Kampf mit der Lepra in Kurland im Jahre 1910, von J. Sadikoff. (Petersburger med. Wochenschr., 1911, Nr. 31.) Verf. weist auf die prekäre finanzielle Lage der kurländischen Lepravereine hin, die durch die Teilnahmslosigkeit der Bevölkerung bedingt ist. Deshalb können auch nicht alle Leprösen interniert werden, so daß eine aussichtsvolle Bekämpfung der Lepra nicht möglich ist. Richard Frühwald-Leipzig.

18. Bericht der Gesundheitsbehörde von Neusüdwales über die Lepra im Jahre 1908. (Sydney, 1909.) Der von Ashburton Thompson erstattete Bericht enthält die genauen Krankheitsgeschichten aller im Jahre 1908 neu zur Beobachtung gekommenen Fälle und enthält ferner die Vorträge, die Thompson auf dem 5. Internationalen Dermatologenkongreß in Berlin, und bei Gelegenheit der 2. Internationalen Lepra-konferenz in Bergen gehalten hat. W. Lehmann-Stettin.

Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse über die Bakteriologie und Ätiologie der Lepra, von E. Jeanselme. (Presse méd., 1911, Nr. 72.) Eine Besprechung der neueren Literatur über dieses Thema. Gunsett-Straßburg.

Eine Theorie über die Entstehungsweise der Lepra, von John Atchebley-San Franzisko. (Med. Record, 6. August 1910.) Verf., der 20 Jahre auf den Hawaiischen Inseln gelebt und reichlich Gelegenheit gehabt hat, Lepra zu studieren, stellt diese als eine auf Ernährungsstörungen beruhende Erkrankung hin, die er in eine Parallele zum Skorbut setzt. „Lepra ist eine chronische Diathese mit langsamem Beginn und unregelmäßigem Verlauf, charakterisiert durch eine entzündliche fibroide Degeneration des Nervengewebes, der die Ansiedelung des Leprabazillus und andere Erscheinungen und Symptome folgen; die Nervendegeneration ist die direkte Folge falscher und ungenügender Ernährung. Die Theorie gründet sich auf die Tatsache, daß die patho-

Digitized by Google

logischen Veränderungen der Lepra eine ganz auffallende Analogie zu den entsprechenden Veränderungen des Skorbut aufweisen; und die Stellung des Leprabazillus ist eine gleiche wie die jenes Mikrokokkus, der sich beim Skorbut in kettenförmiger Anordnung entlang dem Verlauf degenerierter kleinster Arterien findet." Verf. kehrt mit dieser Ernährungstheorie aber nicht zu der Fischtheorie von HUTCHINSON zurück, wenngleich er das Essen roher Fische als einen schädlichen Faktor hinstellt; sondern er führt als Ursache der Ernährungsstörung einseitige und ungenügende Ernährung, z. B. auch mit der Tarowurzel auf, von der gewisse Klassen der Eingeborenen auf Hawai fast ausschließlich leben. W. Lehmann-Stettin.

Über die experimentelle Übertragung der Lepra, von R. STANZIALE. (R. acc. med. chir. di Napoli, 30. April 1911.) Es handelt sich um Übertragungsversuche auf Kaninchen. Die Inokulationen von Gewebsstücken auf die Kornea ergaben ein negatives Resultat. Ebenso die Injektion von flüssigem, an Leprabazillen reichem Material in das Konjunktivalgewebe und die vordere Kammer. Hingegen konnte durch Inokulation von Stückchen von Lepraknoten in die vordere Augenkammer in einigen Fällen folgendes erzielt werden: 1. eine evidente Vermehrung der Leprabazillen; 2. die Bildung von granulomatösen, knötchenförmigen Herden in einiger Entfernung von dem in die Tiefe der Kornea implantierten Stück; 3. die Entwicklung von multiplen rötlichen Granulationsherden auf der Iris; 4. eine positive WASSERMANNsche Reaktion.

Gunsett-Straßburg.

Der Modus der Übertragung der Lepra, von T. L. SANDES-Robben Island. (Brit. med. Journ., 2. Sept. 1911.) Verf. hat eine größere Serie von Untersuchungen angestellt, um zu ermitteln, inwiefern Insekten, wie Fliegen, Flöhe, Bettwanzen und Stechmücken eine Rolle bei der Übertragung der Lepra spielen dürften. Eingefangene Exemplare wurden nach mehr oder weniger langem Fasten auf die Haut von Leprakranken unter einem Uhrglas aufgesetzt, und nachdem sie sich mit Blut vollgesogen hatten, auf das Vorhandensein von Leprabazillen untersucht. Von den (70) Stubenfliegen, die in dieser Weise vorgenommen wurden, zeigten nur zwei einen resp. zwei säurefeste Bazillen im Magen; von 80 Moskitos enthielt nur einer (drei) Bazillen, und von den 60 Flöhen enthielten zwei einen oder zwei Bazillen. Dagegen wurden Bazillen bei 20 von den 75 untersuchten Bettwanzen (Acanthia lectularia) aufgefunden. Daß es sich tatsächlich hierbei um Leprabazillen handelte, hält S. nach seinen eingehenden Prüfungen für zweifellos. Von großer Wichtigkeit ist auch die Beobachtung, daß die Bazillen im Verdauungskanal der Insekten nicht schnell zugrunde gehen, sondern noch nach mehreren (bis 16) Tagen dort und auch an anderen Körperteilen deutlich nachweisbar waren. Daß diese Insekten die Leprainfektion tatsächlich zu bewerkstelligen imstande sein dürften, folgert Verf. noch aus einer Erfahrung bei einem 11jährigen Knaben, der seinen leprakranken Vater häufig besuchte, und bei dem die erste lepröse Läsion in Gestalt einer kleinen roten Papel am Kinn hervortrat und nach zweijährigem Bestehen unverkennbare lepröse Knoten am Gesicht im Gefolge hatte. Auch führte ein englischer Kavallerieoffizier seine Infektion auf den Gebrauch von Wolldecken, die von Leprakranken vorher benutzt worden waren, während des Burenkrieges zurück.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Frage von der Übertragung der Lepra, von G. C. LONG-Basutoland. (Brit. med. Journ., 2. Sept. 1911.) Gleichzeitig mit SANDES und gänzlich unabhängig von diesem hat L. auch den Gedanken gefaßt, daß die Bettwanzen bei der Übertragung der Lepra beteiligt sein dürften. Er hat in ähnlicher Weise Leprakranke von diesen Insekten beißen lassen, wobei er dann in jedem Falle einen dem Leprabazillus in jeder Hinsicht analogen Mikroorganismus im Verdauungstrakt des Tieres nachweisen konnte.

Digitized by Google

Zur Bestätigung wird folgende klinische Beobachtung angeführt: ein früher ganz gesunder Eingeborener aus einem leprafreien Dorf hatte einige Male in der einige 50 Meilen entfernten, verlassenen Hütte eines Leprakranken übernachtet und hatte viel von den Wanzen zu leiden gehabt. Binnen Jahresfrist kam er mit deutlich ausgeprägten Lepraknoten im Gesicht in Behandlung. Eine anderweitige Berührung seinerseits mit Leprakranken war nicht zu eruieren. Philippi-Bad Salzschlierf.

Bemerkungen über die Kultur und die Übertragbarkeit des Leprabazillus, von V. Babes-Bukarest. (Zentralbl. f. Bakter., Bd. 59, Heft 5/7.) Im Gegensatz zu Kedrowski und Bertarelli, welche die Frage der Reinkultur des Leprabazillus bereits als gelöst betrachten, kommt B. nach neuerlicher Prüfung dieser Frage zu folgenden Schlüssen. Der Leprabazillus erweist sich oft als weniger säurefest als der Tuberkelbazillus, verliert leichter seine Resistenz und wird mittels einfacher Anilinfarben leichter gefärbt als der Tuberkelbazillus. Einige der Übertragungsversuche der Lepra auf Affen, Ratten, Mäuse, namentlich auf Tanzmäuse, sowie in die vordere Augenkammer von Kaninchen, sind mit großer Wahrscheinlichkeit als gelungen zu bezeichnen. Die nicht einwandsfreien, aber zum Teil ermutigenden Befunde Kedrowskis und anderer Forscher lassen es geboten erscheinen, die Frage nach der Zucht- und Übertragbarkeit des Leprabazillus mit erneutem Eifer weiter zu verfolgen, berechtigen uns aber keineswegs, diese Fragen als endgültig gelöst zu betrachten. Stern-München.

Die relative Krebsimmunität der Leprakranken. — Die Sekundärinfektionen. — Kachexie, von Munch-Soegaard-Norheimsund (Norwegen). (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 38.) Die Sekundärinfektionen sind bei Lepra häufig, so ergibt sich über das Verhältnis von Lepra und Tuberkulose, daß letzteres in den norwegischen Leprosorien eine exzessiv häufige Sekundärkrankheit gewesen ist. Ähnlich verhält es sich mit dem Verhältnis von Lepra und Septikopyämie: 42 von 926 Todesfallen, und Erysipel: 20 Todesfälle. Erysipel mit günstigem Verlauf kommt enorm häufig vor. Im Gegensatz hierzu ist die Kombination von Lepra und Krebs eine sehr seltene Erscheinung. Es werden die verschiedenen Theorien zur Erklärung dieser Tatsache erörtert.

Arthur Schucht-Danzig.

Die oberen Luftwege bei den Leprösen des Memeler Lepraheims, von G. Cohn-Königsberg. (Zeitschr. f. Laryngol., Rhinolog. u. ihre Grenzgebiete, 1910.) Für die Annahme Stickers, der eine spezifische Läsion der Nasenschleimhaut meist in Form eines Geschwürs über dem knorpeligen Teil des Septums als eine Art Primäraffekt der Lepra anspricht, spricht ein beobachteter Fall, wo zehn Jahre vorher, ehe Hautlepra bestand, von Jurasz lepröse Infiltration der Schleimhäute mit Verengerung des Nasenlumens konstatiert wurde.

Die sechs untersuchten tuberös Leprösen boten in allen Teilen der oberen Luftwege hochgradige Veränderungen dar, bei den älteren Fällen fanden sich dementsprechend nahe der narbig veränderten Nasenöffnung Verengerungen, die nach der Tiefe zu sich trichterförmig zuspitzten. Es läßt sich von einer Rhinitis leprosa sprechen, mit folgenden drei Stadien: 1. Stadium initiale = trockener Katarrh und Nasenblutung, 2. Stadium infiltrationis = Knotenbildung und Verengerung, 3. Stadium terminale = konzentrische Narbenverengerung, Schrumpfung oder Zerfall.

Bei den hier beobachteten Fällen fanden sich auch im Rachen typische Veränderungen. In den fortgeschrittenen Fällen war stets der Larynx mitbeteiligt; als besonders prädisponiert erwies sich die Epiglottis, in zweiter Linie die Aryregion.

Arthur Schucht-Danzig.

Digitized by Google

Die Wassermannsche Reaktion bei Leprösen, von Lewin. (Russkij Wratsch, 1911, Nr. 33.) Die Resultate der Lewinschen Untersuchungen, die er an Leprakranken der baltischen Provinzen angestellt hat, lauten:

1. Der positive Befund der Reaktion hängt von der Erkrankungsform ab, und zwar schwankt derselbe bei der tuberösen Form zwischen 45 und 50%, bei der nervösen Form zwischen 20 und 25%.

2. Die leprösen Sera verändern bei der Aufbewahrung ihren Charakter, und zwar zugunsten einer größeren Komplementbindung. Es ist möglich, daß hierdurch die stark differierenden Zahlen der verschiedenen Autoren ihre Erklärung finden. Dementsprechend ist es notwendig, die leprösen Sera nach Möglichkeit sofort zu untersuchen.

3. Die leprösen Sera, welche einige Tage nach Entnahme des Blutes inaktiviert werden, ändern stark ihren Charakter, so daß es ganz unmöglich ist, über ein solches Serum zu urteilen.

4. Einige lepröse Sera binden von selbst das Komplement, und bei der Aufbewahrung wächst die Verhältniszahl der spontanen Komplementbindung, die 2—3 Monate nach Blutentnahme bis auf 100° ansteigt. Arthur Jordan-Moskau.

Lepra und Karzinom, von S. Bjarnhjedinsson-Reykjavik (Island). (Medicinsk Revue", ref. in Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 26.) Verfasser bestätigt die Mitteilungen Soegaards und teilt mit, daß auch am Leprosorium in Reykjavik Krebs eine seltene Krankheit ist: Von 105 gestorbenen Leprösen wurden 80 seziert, davon zwei mit Krebs.

Tuberkulose zeigten dagegen ein Drittel der Fälle, und Verfasser nimmt an, daß Lepra einen sehr günstigen Boden für die Entstehung und weitere Entwicklung einer Tuberkulose abgiebt. Arthur Schucht-Danzig.

Beitrag zum Studium der Leprapropliylaxe in Tonkin, von Audran. (Annales d'Hygiène et de médecine coloniales, ref. in Presse méd., 1911, Nr. 21.) Der Verfasser weist auf die durchaus ungenügenden prophylaktischen Maßnahmen, die in Tonkin der Lepra gegenüber getroffen sind, hin. Gunsett-Straßburg.

Lepra. Neue Anschauungen über Bakteriologie und Behandlung der Lepra, von T. S. B. Williams. (Indian Med. Gazette, Mai 1911.) Verf. hat in einer Reihe von Kulturversuchen mit Material von fünf verschiedenen Leprafällen vier anscheinend verschiedene Organismen gezüchtet: 1. einen nichtsäurefesten Streptothrix mit Fädengeflechten; 2. einen nichtsäurefesten diphtheroiden Bazillus, der aber unter bestimmten Bedingungen säurefest wird; 3. einen ausgesprochen säurefesten Fadenstreptothrix; 4. einen säurefesten Bazillus. Zahlreiche Beobachtungen haben dem Verf. gezeigt, daß die Bazillen nur Degenerationsprodukte der Streptothrixfäden sind, und die säurefesten Varietäten haben sich in die nichtsäurefesten umwandeln lassen und umgekehrt — durch veränderte Zusammensetzung der Nährböden. Es bestehen keine morphologischen Unterschiede und beide produzieren zu bestimmten Zeiten und unter gewissen Bedingungen säurefeste Bazillen, die mit den „Leprabazillen vollständig identisch sind. Der säurefeste Streptothrix bringt beim Meerschweinchen Läsionen hervor, die denen der Lepra ähneln, und erzeugt bei Leprakranken allgemeine und lokale Reaktionen, die spezifisch zu sein scheinen, da sie sich bei gesunden Individuen nicht hervorbringen lassen. Therapeutische Versuche, die mit Vakzine aus diesen Kulturen bei etwa 15 Leprakranken gemacht wurden, haben ganz auffällig günstige Resultate ergeben, die zur Nachprüfung auffordern. W. Lehmann-Stettin.

Ein mit Salvarsan behandelter Leprafall, von Pokrowski. (Med. Obosrenje, 1911, Nr. 17, S. 517.) Verf. beschreibt einen von ihm in der Abteilung von Jordan beobachteten Fall von Lepra tubero-anaesthetica, der einen 34jährigen Schuster betraf,

Digitized by Google

welcher aus dem Moskauer Gouvernement stammte und angeblich dasselbe nie verlassen hatte. Versuchsweise erhielt Patient im Laufe von einem Monat drei Injektionen von je 0,6 Salvarsan intramuskulär, resp. subkutan. Die Injektionen wurden gut vertragen, aber wenn auch die Lepraknoten flacher wurden, ließen sich doch die Leprabazillen weiter nachweisen und auch die Wassermannsche Reaktion blieb positiv.

Arthur Jordan-Moskau.

Salvarsan bei Lepra, von F. A. de Verteuil und F. L. de Verteuil-Trinidad. (Brit. med. Journ., 23. Sept. 1911.) Durch Vermittelung des Kollegen Rost von der Freya waren Verfasser in den Stand gesetzt, im Lepraasyl auf Trinidad neun Leprakranke (acht mit der tuberösen Form, einen mit L. anaesthetica) mit Salvarsan zu behandeln. Es wurde in Ölimmersion intramuskulär injiziert, und bei vier Patienten wurde auf deren Wunsch nach etwa vier Wochen die Einspritzung wiederholt. Im klinischen Bilde war wenig Wirkung von der Behandlung zu konstatieren; dagegen zeigten die den Patienten nach derselben entnommenen Bazillen eine ganz deutliche Veränderung mit Granulierung kokkothrixartiger Anordnung und vielfacher Klumpenbildung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die bisherigen Ergebnisse der Leprabehandlung mit Nastin, von G. Deycke-Hamburg. (Münchn. med. Wochenschr., 1911, Nr. 43.) Um ein möglichst objektives Urteil über die Leistungsfähigkeit des Nastins bei Lepra zu gewinnen, hat Verf. zum Teil aus den erschienenen Publikationen, zum Teil durch Umfrage bei allen Kollegen, von denen er annehmen konnte, daß sie Versuche mit dem Mittel angestellt hatten, eine Statistik über 503 Fälle nach den Angaben der behandelnden 66 Ärzte zusammengestellt. Es handelt sich dabei um Beobachtungen aus allen Weltteilen, und die erzielten Resultate sind ohne weitere Modifikationen den Angaben der berichtenden Beobachter entsprechend, als geheilt (11), fast geheilt (31), weitgehend gebessert (129), gebessert (148), nicht gebessert (185), gestorben (5), eingetragen. Demnach hätten 313 Patienten (62,23%) von der Therapie jedenfalls einen Nutzen gehabt. In einer zweiten Tabelle vergleicht D. die drei Hauptformen der Lepra, die tuberöse, die gemischte und die anästhetische miteinander in bezug auf ihr Verhalten gegenüber dem Nastin. Für die letztgenannte Form ergibt sich mit 66,41% Besserungen ein um ein geringes günstigeres Verhalten gegen die beiden anderen Formen (mit etwa 63%). Verf. wendet sich noch gegen einige irrige Auffassungen, welche gegen die Nastintherapie geäußert worden sind, und legt das Rationale seiner Methode dar.

Philippi-Bad Salzschlirf.

b. Tuberkulose.

Verhandlungen der dritten Sitzung des Lupusausschusses des deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose. Berlin, den 21. April, 1911. Redigiert von Nietner. (1911, Berlin W 9, Königin-Augusta-Str. 11.)

Bericht über die Tätigkeit der Lupuskommission im Jahre 1910 und Rechnungslegung, von Nietner.

Über die Erfolge der Lupusbekämpfung in Dänemark, von Forchhammer-Kopenhagen. Hauptbehandlung ist die Lichtbehandlung. Daneben werden noch verschiedene Behandlungsmethoden angewandt und zwar die Exzision, Ignipunktur, Pyrogallol und Röntgenbehandlung. Von 1200 Patienten

wurden geheilt 721 = 60%
in Behandlung 217 = 18%
Behandlung abgebrochen 131 = 11%
gestorben 131 = 11%

Digitized by Google

Von den 721 Geheilten waren

rezidivfrei über	10	Jahre	33
„	5—10	„	289
„	2— 5	„	306
unter	2	„	93

Die Behandlung des Schleimhautlupus, von F. Wichmann-Hamburg. W. erwähnt als Mittel, die an einer größeren Anzahl von Lupusfällen erprobt sind, folgende:

1. Kochs Alttuberkulin und T. R. Besonders das Alttuberkulin in Verbindung mit Röntgen- und Radiumstrahlen ist von großem Wert.
2. die chirurgischen und kaustischen Methoden.
3. die Kaltkauterisation mit der Forrestschen Nadel.
4. die chemischen Mittel.
5. Finsen-, Quarzlampen- und Röntgenbehandlung.
6. die Radiumbehandlung.

Besonders von letzterer verspricht sich W., daß sie bei richtiger Technik den Erfolg der bisherigen Radiumbehandlungen des Schleimhautlupus übertreffen kann.

Die Behandlung des Lupus und der Schleimhauttuberkulose mittels Diathermie, von Nagelschmidt. Der Verfasser stellt als Bedingung für eine vorzügliche Lupusbehandlung folgende Postulate auf: Sie muß möglichst elektiv wirken, eine große Tiefenwirkung haben, schnell, möglichst mit einem einmaligen Eingriff, das kranke Gewebe beseitigen, für Schleimhauttuberkulose brauchbar sein, gute kosmetische Resultate geben und nicht an der Größe des Falles scheitern. Diese Postulate erfüllen nach Ansicht des Verfassers die bisherigen Verfahren nicht. Von der Radiumbehandlung z. B. sagt N.: „sie ist eine Modesache und wird vermutlich nach Abklingen der psychischen Infektion, die augenblicklich Ärzte und Patienten gefangen hält, von selbst aus der ernsthaften Diskussion verschwinden, wenn man sich von der minimalen Wirksamkeit und räumlichen Aktionsfähigkeit im Zusammenhang mit der außerordentlich langen Bestrahlungsdauer bei vollkommen unzureichendem Erfolge überzeugt haben wird." Hingegen stellt die Diathermie dasjenige Verfahren dar, welches dem oben aufgestellten Ideal „nicht nur nahe kommt, sondern es vielleicht erreicht". Ein wesentlicher Vorteil der Methode, auf welche hier im einzelnen nicht eingegangen werden kann, besteht darin, daß durch die Diathermierung das ganze tuberkulöse Gewebe koaguliert und damit sterilisiert wird, so daß das gesunde Gewebe durch eine vollkommen sterile Wand bei Obliterierung sämtlicher Blut- und Lymphbahnen abgegrenzt wird.

Erfahrungen mit Radium und Mesothorium in der Lupusbehandlung, von F. Wichmann-Hamburg. Das Mesothorium ist das erste Umwandlungsprodukt des Radiumelements Thorium und besteht aus zwei Körpern, von denen der erste, das Mesothorium I keine elektroskopisch nachweisbare Strahlen aussendet. Der zweite, das Mesothorium II sendet typische β- und γ-Strahlen aus. Es sind von dem Mesothorium Präparate hergestellt worden, die auf gleiches Gewicht berechnet 1,7 mal bzw. 3 mal so stark sind als 100% Radiumsalz. Zur therapeutischen Anwendung sind ebenso wie beim Radium sehr lange Expositionszeiten mit Filteranwendung nötig. „Bei dieser Art der Anwendung waren die Ergebnisse sehr hoffnungsvolle". Ob aber das Mesothorium in der Lupustherapie das Radium völlig ersetzt, oder übertrifft, das zu beurteilen läßt die Kürze der Beobachtungszeit nicht zu. Der Anschaffungspreis, auf die gleiche Aktivität berechnet, beträgt nur zirka ein Drittel des Preises für Radium.

Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Die Toxinempfindlichkeit der Haut des tuberkulös infizierten Menschen, von K. Zieler-Würzburg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 45.) „Die Behauptung Sorgos (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 22), daß die Hautreaktionen auf Tuberkulin ebenso wie die auf andere Giftstoffe auf einer gemeinsamen unspezifischen Ursache, einer gesteigerten Giftempfindlichkeit des Hautorgans Tuberkulöser beruhen, konnte bei exakter Versuchsanordnung nicht bestätigt werden, insbesondere gelang es niemals, durch subkutane Tuberkulinzuführung eine örtliche Reaktion an positiven Intrakutanimpfungen mit Diphtherie- und Dysenterietoxin zu erzielen. Dagegen kann man leicht die gleichen Ergebnisse erhalten wie Sorgo, und zwar ohne Verwendung besonderer Giftstoffe allein mit physiologischer Kochsalzlösung, wenn man Spritzen und Kanülen verwendet, die schon für Tuberkulineinspritzungen benutzt worden sind. Die Untersuchungen Sorgos sind demnach nicht geeignet, Zweifel an der Spezifizität der Tuberkulinhautreaktion zu begründen. Gunsett-Straßburg.

Über disseminierte Hauttuberkulosen im Kindesalter, von Carl Leiner und Fritz Spieler. (Ergebnisse der inneren Med. u. Kinderheilk., Bd. VII.) Die erst seit 1896 in ihrer Beziehung zur Tuberkulose näher gewürdigten und genauer präzisierten Krankheitsbilder der Tuberkulide sind seither Gegenstand zahlreicher, besonders ätiologischer Forschungen gewesen. Die einen Verfasser betrachteten sie als Effekt der Toxinwirkung der Tuberkelbazillen, andere wieder als Produkt der direkten Wirkung der auf hämatogenem Wege zugeführten Bazillen. In neuerer Zeit nehmen einige Verf. einen vermittelnden Standpunkt ein, indem sie ein Zusammenwirken von Tuberkelbazillen und -toxinen annehmen. Die Verf. neigen sich der hämatogen-bazillären Ätiologie der Tuberkulide zu und zwar mit Rücksicht auf: 1. den wiederholt gelungen färberischen oder tierexperimentellen Bazillennachweis, 2. den histologischen Bau, der sich teils als tuberkuloseähnlich, teils als typisch tuberkulös erweist, 3. die gelungene experimentelle Erzeugung tuberkulidähnlicher Effloreszenzen bei Tieren, 4. das Auftreten der Affektionen in plötzlichen Schüben mit Neigung zur Dissemination, 5. die Existenz von Übergangs und Zwischenformen zu den echten Hauttuberkulosen, 6. die mitunter beobachtete Entwicklung klinisch und histologisch typischer Tuberkulose aus Tuberkuliden. Die vielfach beobachteten, uncharakteristischen histologischen Veränderungen in den Effloreszenzen betrachten L. und S. als Effekt einer kleiner Menge der Bazillen oder als Übergang zu sicheren Tuberkeln. Mit der Anerkennung der obigen Gründe, fällt die scharfe Grenze zwischen den Tuberkuliden und den disseminierten Formen der echten Hauttuberkulose und wird auf rein graduelle Unterschiede, bedingt durch Menge und Virulenz der Bazillen, sowie die Reaktionsfähigkeit der Haut, reduziert. Deshalb haben die Verfasser die als Lichen scrophulosorum, Folliklis und Erythema induratum bekannten Dermatosen mit dem Lupus vulgaris disseminatus, Scrophuloderma und der akuten disseminierten miliaren Hauttuberkulose als disseminierte Hauttuberkulosen zusammengefaßt. Sie geben hierauf von diesen sechs Krankheitsformen ein gedrängtes klinisches Bild, besprechen ausführlich die pathologische Anatomie und die ätiologischen Erfahrungen und endlich die Differentialdiagnose. Prognose und Therapie sind in je einem Absatze zusammengefaßt. Ein genaues Literaturverzeichnis ist der sorgfältigen Arbeit beigegeben. Richard Frühwald-Leipzig.

Über Hauttuberkulide und deren Bedeutung für die Diagnose der Tuberkulose, von J. Leyberg-Lodz. (Medycyna i Kron. lek., 1911, Nr. 22.) Nichts Neues. Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Vergleichende serologische Untersuchungen bei Tuberkulose und Syphilis (Peptonreaktion bei Tuberkulose, Lues und Lepra), von Rudolf Mueller & Erhard Suess-Wien. (Wiener klin. Wochenschr., 1911, Nr. 16.) Eine Reihe experimenteller

Digitized by Google

Arbeiten, aus denen hervorzugehen scheint, daß der Ausfall der Komplementablenkung Verschiedenheiten aufweist je nach größerem oder geringerem Peptonzusatz (zum Tuberkulin bezw. Lepraserum). Ob sich die Lepra-Seren durch die relativ stärkere Peptonbindung von den Lues-Seren unterscheiden lassen und sich diese Tatsache der Differentialdiagnose zwischen Lues und Lepra wird nutzbar machen lassen, läßt Verfasser noch unentschieden. W. Lehmann-Stettin.

Über einen Fall von Tuberkulose der Haut und des Unterhautzellgewebes (Lymphangitis tuberculosa) mit vorwiegend nervösem Charakter, von Josef Heitmeyr. (Inaug.-Dissertation, München, 1910.) Der geschilderte Fall ist eine sehr selten auftretende, subkutan flächenhaft fortschreitende, nekrotisierende Entzündung der Haut und des Unterhautzellgewebes bei einem Phthisiker. Diese Entzündung mit phlegmonösem Charakter beruht ausschließlich auf der Wirkung der Tuberkelbazillen. Sie ist, ausgehend von einer Periostitis ossificans zweier Metatarsalknochen, auf lymphogenem Wege entstanden, hat sich bei sehr chronischem Verlaufe hauptsächlich suprafaszial und flächenhaft ausgebreitet und ausschließlich das rechte Bein, dieses aber in seiner ganzen Länge, befallen. Fritz Loeb-München.

Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis und tuberkulöser Lymphangitis, hervorgerufen durch Rindertuberkelbazillen, von Heuser. (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, Nr. 6.) Es handelt sich um einen Fall, wo, wie es klinisch und anamnestisch zu erwarten war, auch bakteriologisch eine lymphatische Erkrankung des Armes bis kurz vor die Achseldrüsen durch Rindertuberkelbazillen erwiesen wurde. Bei den Beamten des Berliner Rinderschlachthofes fand sich daraufhin eine kleine Anzahl (etwa 3%) an lokaler Rindertuberkulose erkrankt, aber ein fortschreitender Prozeß war in keinem Fall nachzuweisen. Haas-Hamburg.

Statistik der Lupusbehandlung, von Fritz Loeb-München. (Med. Reform, 1911, Nr. 26.) Die amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamtes, 1911, 1. Beiheft, berichten u. a. über Umfang, Kosten und Erfolg der Heilbehandlung wegen Lupus. Im Jahre 1910 wurden auf Kosten der 41 deutschen Versicherungsanstalten und der zugelassenen Kasseneinrichtungen der Invalidenversicherung im ganzen 189 Personen an Lupus behandelt (77 Männer, 112 Frauen). Von diesen sind 11 vor Abschluß des Heilverfahrens aus der Behandlung ausgeschieden, also bleiben 178; der Kostenaufwand für diese Fälle betrug absolut 78799 M. Auf eine behandelte Person treffen ca. 417 M. Die Behandlung der 178 Lupuskranken dauerte in 28 Fällen bis zu 1 Monat, in 30 Fällen bis zu 2 Monaten, in 38 Fällen bis zu 4 Monaten, in 15 Fällen bis zu 6 Monaten, in 11 Fällen bis zu 8 Monaten, in 20 Fällen bis zu 10 Monaten, in einigen Fällen bis zu 28 und 45 Monaten. Ein Heilerfolg wurde bei 93% der Männer und bei 81% der Frauen konstatiert. Was den Umfang und die Kosten der vom Jahre 1894 bis zum Jahre 1909 einschließlich wegen Lupus behandelten Männer und Frauen betrifft, so beträgt die Summe der behandelten Personen 679 (267 Männer und 412 Frauen). Vor Abschluß des Heilverfahrens sind 27 ausgeschieden, also bleiben 652 Fälle. Der Kostenaufwand für die bis zum Jahre 1909 einschließlich abgeschlossene Heilbehandlung betrug absolut: 233000 M. Auf eine behandelte Person treffen 343 M. Die Behandlungsdauer schwankte bis zu 60 Monaten. Ein Heilerfolg wurde erzielt bei 86% der Männer und 92% der Frauen. Der Kostenaufwand betrug für die erfolgreich behandelten Männer absolut 84640 M., für die erfolgreich behandelten Frauen 118867 M. (= 388 M. auf einen behandelten Mann und 325 M. auf eine behandelte Frau). In der Mehrzahl der erfolgreichen Fälle der Behandlung der Männer betrug die Behandlungsdauer 1—6 Monate, bei den Frauen etwas länger. Kein Heilerfolg wurde bei 14% der überhaupt behan-

Digitized by Google

delten Männer und bei 8% der überhaupt behandelten Frauen konstatiert. An Kosten wurden aufgebracht für die erfolglos behandelten Männer absolut 15650 M. = 435 M. pro Mann, für die erfolglos behandelten Frauen 8200 M. = 256 M. pro Frau. Die Zahl der bis zum Jahre 1909 mit Erfolg in Heilbehandlung genommenen Männer betrug 218, der Frauen 366; der Heilerfolg konnte bis zum Schlusse des Jahres 1910 nicht kontrolliert werden bei 10 Männern und 14 Frauen; festgestelltermaßen dauert der Heilerfolg an bei 133 Männern und bei 185 Frauen = auf 100 überhaupt behandelte und kontrollierte Männer 55, Frauen 48; auf 100 mit Erfolg behandelte und kontrollierte Männer 64, Frauen 53. Erwerbsunfähigkeit oder Tod wurde festgestellt bei 28 Männern und 53 Frauen. Invalidenrente haben erhalten 18 Männer und 41 Frauen; gestorben sind 10 Männer und 6 Frauen. Die Heilbehandlung wurde wiederholt bei 47 Männern und bei 114 Frauen.

Fritz Loeb-München.

Fälle von Larynxlupus, von J. Safranek. (Orvosi Hetilap, 1911, Nr. 21.) Der erste Fall betraf einen 36jährigen Mann, der seit sechs Monaten heiser ist. Bis dahin war er nicht krank. In seiner Familie war kein Tuberkulöser. Der Larynx war in seiner ganzen Ausdehnung verdickt, auf ihm, namentlich an den Rändern, waren zahlreiche hirsekorn- bis stecknadelkopfgroße Knötchen, unter diesen kleine oberflächliche Ulzera, die stellenweise vernarbt sind, an anderen Stellen sind frische knotenartige Eruptionen sichtbar; verdickt und mit Knötchen besät ist die Falte der linken Aryepiglottis, infiltriert sind die Pseudostimmbänder und lupöse Infiltrationen zeigen sich auf der Subchordalis, während die echten Stimmbänder frei sind. Patient war fieberfrei und hatte keine Schmerzen. In sonstigen Organen war keine Spur von Tuberkulose. Die wiederholt vorgenommenen Sputumuntersuchungen waren negativ. Der Lupus im Larynx trat primär auf und ist bis zu dieser Zeit da lokalisiert. Der zweite Fall betraf einen 29jährigen Mann, der außer dem Lupus vulgaris auf dem Gesicht auch einen ausgedehnten Schleimhautlupus hatte. In der Nase, auf dem Gaumen, auf dem Pharynxbogen und in der Kehle. Therapie: Die Entfernung der pathologischen Herde mit scharfem Messer, Kürette usw. mit darauffolgender Milchsäureätzung. Wenn der Prozeß nur auf die Epiglottis lokalisiert ist, kann ihre Amputation vorgenommen werden. Die Weiterverbreitung konnte aber nicht verhindert werden, weder mit dem blutigen chirurgischen, noch mit dem galvanokaustischen Verfahren. In neuerer Zeit wurden die physikalischen Heilmethoden, namentlich die Röntgen- und Holländersche Heißluftbehandlung aufgegriffen. Sie können im Rachen und in der Mundhöhle mit gutem Erfolge vorgenommen werden. Pfannenstiel gibt innerlich Jodnatrium und läßt Ozon inhalieren. Das Jodnatrium spaltet sich auf der Oberfläche der Ulzera, das Jod wird frei und entfaltet in statu nascendi eine bakterizide Wirkung. Porosz-Budapest.

Zur Behandlung des Lupus mit Röntgenstrahlen, von Ch. L. Leonard-Philadelphia. (Med. Record, 23. Juli 1910.) Bericht über drei Fälle, in denen gute Resultate erzielt wurden, aus denen auch wieder hervorgeht, daß nur die individuelle Dosierung in den Händen eines erfahrenen Röntgentherapeuten und eine geeignete Kombination mit anderen Methoden zum Ziele führt. W. Lehmann-Stettin.

Die Sonnenbehandlung der Tuberkulose, von Marc. (Internat. med. Monatsh., Oktober 1911.) An verschiedenen Orten der Riviera werden gegen die diversen Formen der Tuberkulose Sonnenbäder verordnet. Diese erfolgen im Zimmer erst bei geschlossenem, dann bei offenem Fenster auf den entblößten Rücken durch 5—20 Minuten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über die Himbeerzunge der Kinder, von G. E. Wladimiroff-Moskau. (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 57, Heft 1—3.) Die typische Himbeerzunge als Kardinalsymptom des Scharlachs hat verschiedene Stadien; Beleg, Reinigung des Beleges, Erhabenheiten und intensiv rote Farbe.

Die Himbeerzunge tritt in den Masernfällen, wo der Ausschlag auf der Schleimhaut der Mundhöhle und Zunge intensiver ist als in der Regel, gleichfalls in die Erscheinung, dagegen fehlt sie bei Scharlachfällen, in denen der Ausschlag auf der Schleimhaut der Mundhöhle und der Zunge nicht so intensiv ist.

Schourp-Danzig.

Beitrag zur Rolle der Insekten als Krankheitsüberträger, von Erich Sergois. (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 57, Heft 1—3.) Die Wanzen können krankmachende Keime vermitteln; sie spielen dabei fast ausschließlich die Rolle eines einfachen Zwischenträgers; als Zwischenwirte kommen sie nur ausnahmsweise, wie bei Kála-Azar, in Frage. Von spezifisch epidemiologischer Wichtigkeit erscheint die Tätigkeit der Wanzen als Überträger bei keiner Krankheit; jedoch trägt sie sicher dazu bei, daß gewisse Krankheiten, wie Rückfallfieber und Kála-Azar an bestimmten Orten endemisch bleiben. Wesentlich ist dabei die Tatsache, daß Wanzen in ihrem Leibe infektiöse Keime längere Zeit lebend erhalten; denn diese Keime müssen oft zu einer Infektion führen, da für diese infolge des durch die juckenden Wanzenstiche hervorgerufenen Kratzens zu gleicher Zeit die günstigsten Bedingungen herbeigeführt werden, nämlich erstens: infektiöse Keime aus den zerquetschten Wanzen; zweitens: eine Verletzung der äußeren Haut; drittens: eine Kraft, welche die Keime in eine denkbar innigste Berührung mit der Infektionsstelle bringt.

Damit gehört die Wanze zu den Insekten, die für die Menschheit eine besondere Gefahr darstellen; ihre Vernichtung ist deshalb nicht nur ein ästhetisches, sondern auch ein hygienisches Erfordernis. Schourp-Danzig.

Verschiedenes.

Der Direktor des Pellagrosarium in Rovereto Dr. Guido de Probizer erhielt den Titel Landes-Sanitätsinspektor.

Prof. Pio Colombini (Cagliari) wurde nach Modena versetzt.

G. H. Armauer Hansen, der berühmte Lepraforscher und Entdecker des Leprabazillus, ist am 12. v. M. gestorben.

Am selben Tage starb in London Lord Joseph Lister. Sein unsterbliches Werk, die Einführung der chirurgischen Antisepsis, ist auch für die Dermato-Syphilidologie von weittragender Bedeutung geworden. Ursprünglich mit mikroskopischen Forschungen beschäftigt, lieferte er auch eine Arbeit „On the muscular tissue of the skin" (1853).

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

9. März 1912 | Nr. 10 | Band 54

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses in Berlin. (Dirig. Arzt: Prof. Dr. Buschke.)

Zur Kenntnis des Ulcus molle extragenitale. Ein Fall von Ulcus molle am Fuße.

Von

Dr. Edward Bruner, Warschau.

Hospitant der Abteilung.

(Mit 1 farbigen Tafel.)

Unsere Kenntnisse von Lokalisation, Verlauf und Therapie der extragenitalen weichen Schanker sind innig mit der Entwicklung der bakteriologischen, histologischen und experimentellen Forschungen, die sich mit dem Kontagium des Ulcus molle beschäftigt haben, verknüpft. Wie bekannt, war Ducrey[1]) der erste, der 1889 den Erreger dieser Affektion entdeckt und als kleinen Bazillus von 1,48 μ Länge und 0,5 μ Breite mit abgerundeten Enden und teilweise leichten seitlichen Einschnürungen beschrieben hatte. Bald danach haben Unna und Krefting[2]) die Entdeckung Ducreys bestätigt. Speziell Unna[3]) hat den Bazillus in Schnitten in den Gewebsspalten mittels Färbung in polychromem Methylenblau und Entfärbung in Glyzerinäthermischung in Form von schönen Ketten nachgewiesen und so die histologische Diagnose ermöglicht.

Insbesondere für die Diagnose der extragenitalen weichen Schanker war Unnas Befund von größter Bedeutung. Schließlich wurde noch die ätiologische Rolle des Streptobazillus dadurch fundiert, daß es einer ganzen Reihe von Autoren (Istamanoff und Akspianz, Lipschütz, Lenglet, Besançon, Griffon und le Sourd, Himmel, Tomasczewski, Fischer, Babes, Casagrandi, Serra u. a.) gelang, denselben auf künstlichen Nährböden zu züchten und mit den Reinkulturen typische Ulcera

[1]) Ducrey, Congrès international de Derm. et Syph. Paris 1889.

Derselbe, Experimentelle Untersuchungen über den Ansteckungsstoff des weichen Schankers und über die Bubonen. Monatsh. f. prakt. Derm., 1889, Bd. 9, S. 387.

[2]) Krefting. Über die für Ulc. molle spezifische Mikrobe. Arch. f. Derm., 1892, Ergänzgsh. 2, S. 41.

[3]) Unna, Streptobazillus des weichen Schankers. Monatsh. f. pr. Derm., Bd. 14, S. 485.

Digitized by Google

molla beim Menschen zu erzeugen. Als letztes Glied dieser ätiologischen Forschungen können wir die Arbeit von NICOLLE[1]) betrachten, der bei verschiedenen Affenarten, an denen er mit menschlichem Schankereiter Impfgeschwüre erzeugte, in Ausstrichpräparaten wie in Gewebsschnitten Streptobazillen einwandfrei nachweisen konnte.

NICOLLES Untersuchungen wiederholte TOMASCZEWSKI[2]), der bei einem Kronenaffen mit Reinkulturen von Streptobazillen Geschwüre erzeugte, die klinisch und mikroskopisch alle Merkmale des Ulcus molle besaßen. Zuletzt noch erschien die Arbeit von FONTANA[3]), nach dessen Angabe es gelang, das Virus des Ulcus molle in die Kornea von Kaninchen zu inokulieren und suppurative Keratitis nebst Ulzerationen (mit DUCREY-UNNAschen Streptobazillen) hervorzurufen. Auch die Untersuchungen über den Schankerbubo von KREFTING, BUSCHKE, RILLE, COLOMBINI und AUDRY, besonders aber die Befunde von Streptobazillen im noch nicht eingeschmolzenen frischen Gewebe von Schankerbubonen durch BUSCHKE[4]) und AUDRY, ferner die Bestätigung der Untersuchungsergebnisse dieser Autoren durch LIPSCHÜTZ wird als weiteres wichtiges Moment für die ätiologische Bedeutung des DUCREYschen Bazillus angeführt.

Wir können nur jene Fälle von extragenitalen weichen Schankern als streng wissenschaftlich begründet anerkennen, die nach DUCREYS Entdeckung publiziert sind. Neuerdings hat ULLMANN[5]) die Aufmerksamkeit auf das extragenitale venerische Geschwür gelenkt und tabellarisch die ganze Literatur[6]) zusammengestellt.

Da seither keine weitere literarische Zusammenfassung erschienen ist, erlaube ich mir auf Anregung von Prof. BUSCHKE eine solche zu

---

[1]) NICOLLE, CH., Inoculation positive de chancre mou au singe. Congrès intern. de méd., Paris 1900, Section de Bactériologie.

[2]) TOMASCZEWSKI, Impfungen an Affen mit dem Erreger des Ulcus molle. Dtsch. med. Wochenschr., 1903, Nr. 26.

[3]) FONTANA, Sulla inoculabilità del bacillo du DUCREY nella cornea del coniglio. Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche, 11. X. 1908, S. 1289.

[4]) BUSCHKE, Pathogenese des weichen Schankers und der venerischen Bubonen. Deutscher Dermatologenkongreß, Graz, 1895.

[5]) ULLMANN, Über das Vorkommen von extragenitalen weichen Schankergeschwüren. Wien. med. Wochenschr., 1902, Nr. 26—28.

[6]) In ULLMANNS Statistik finde ich aus der polnischen Literatur nur die Arbeit von GURANOWSKI (Gazeta lekarska 1886) erwähnt. Es sind aber noch mehr Fälle publiziert, so von SZOKALSKI, (Ulc. moll. extrag an der Konjunktiva des unteren Lides, Warschauer Medizin. Gesellschaft, 7. IX. 1880), von GIEDROYC (Wykar statystyczny lekarski ze szpitala Sw. Lazarza za r. 1887, 88 i 90, Medycyna, 1889, 1891), von KOPYTOWSKI (Szankier na palcu u ręki i dymienica gruaotu tokciowego. Kronika lekarska, 1894).

Digitized by Google

unternehmen und gleichzeitig einen Fall von seltener Lokalisation des Ulcus molle beizufügen.

Von den echten extragenitalen Geschwüren muß man die sog. perigenitalen streng unterscheiden, d. h. solche, die sich im Gefolge eines genitalen Ulcus molle bisweilen am Skrotum, in der Inguinal-, Krural- und Analgegend oder in der Regio pubica durch Autoinokulation entwickeln [1]).

Was das klinische Bild der extragenitalen Ulcera mollia betrifft, so entspricht das Geschwür sehr oft nicht dem typischen Bilde eines Ulcus molle genitale und entbehrt häufig des steil abfallenden, etwas zerfressenen und unterminierten Geschwürsrandes, des eitrig-nekrotischen Belages und der weichen Basis. Es ist dasselbe daher zuweilen nicht nach dem klinischen Adspekt zu diagnostizieren. So kann es, z. B. am Finger, einem Panaritium, einer zirkumskripten Phlegmone oder einer ulzerierten Frostbeule ähneln. Aus diesen Gründen haben verschiedene Autoren, um das Ulcus molle von diesen banalen Erkrankungen zu differenzieren, einige charakteristische Momente hervorgehoben, so hat Siebert (vgl. Tab. IIb) auf die Schmerzhaftigkeit des Geschwüres selbst, nicht des Gewebes der Umgebung, auf die Resistenz gegenüber der bei eitrigen Prozessen allgemein üblichen Therapie, auf die Neigung zu zunächst fortschreitendem Zerfall und auf das schleichende Fortschreiten der Entzündung unter der anscheinend normalen Haut hingewiesen; Amende (s. Tab. I) hat alle die von Siebert aufgestellte Charakteristika schon als Komplikationen gedeutet und als entscheidendes diagnostisches Merkmal den ausgedehnten dunkel- bis violettroten Entzündungshof, der in dieser Intensität bei gewöhnlichen, lokalisierten septischen Prozessen wohl nur sehr selten zur Beobachtung gelangt — beschrieben. Meiner Meinung nach wird der geübte Beobachter, besonders wenn gleichzeitig ein genitales Ulcus molle besteht, allerdings eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen, dennoch aber, wenn es auf sichere Verifizierung ankommt, auf die bakteriologische und histobakteriologische Untersuchung rekurrieren.

Da einerseits die eiternde Wunde zuweilen sekundär infiziert ist, oder andererseits der Streptobazillus sich im Strichpräparate in sehr verschiedenen Formen (Hantel- oder Achterform Kreftings, Doppelpunktbazillus Unnas, Form „en navette" der Franzosen) präsentiert, so ist eine Randprobeexzision empfehlenswert, um den Bazillus in Schnitten zu färben. Hier werden wir, wenn tatsächlich Ulcus molle besteht, wie Unna stets betont hat, den Streptobazillus in charakteristischen Ketten antreffen.

[1]) Zu diesen gehört z. B. der von Sachs in der Wiener medizinischen Gesellschaft (11. I. 1905) demonstrierte Fall von 11 Geschwüren auf einem Ekzem der Regio genitocruralis sinistra neben genitalem Ulkus. Alle solche Fälle habe ich aus meiner Statistik ausgeschaltet.

Digitized by Google

Dieselbe Meinung vertritt auch Sabouraud[1]), indem er sagt: „Der Ducrey-Unnasche Streptobazillus findet sich im Exsudate des Schankers in der Form des Diplokokkus, während er im Rande des Geschwüres die streptobazilläre Gestalt bekommt; da aber in der schankrösen Wunde sich leicht Sekundärinfektion entwickeln kann, so darf im Falle diagnostischer Schwierigkeit nur die bazilläre Form als charakteristisch angesehen werden."

Um die Diagnose noch weiter zu sichern, kann man noch Inokulationen machen und Kulturen anfertigen. Die Inokulation unterläßt man aber besser, weil es doch für den Kranken, falls nicht Ulcus molle besteht, immerhin lästig ist, eine septische Erkrankung am Körper zu disseminieren. Die kulturelle Untersuchung ist sehr schwierig und mißlingt recht häufig.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß der histobakteriologische Befund den exaktesten Beweis darstellt, und es wäre wünschenswert, alle diesbezüglichen Fälle in Zukunft so zu untersuchen.

Es ist sehr merkwürdig, daß extragenitale weiche Schanker so selten zur Beobachtung kommen, wenngleich zuzugeben ist, daß Ulcera mollia extragenitalia sehr oft übersehen werden. Nach den vorliegenden Statistiken kommt das extragenitale venerische Geschwür in 2,5 %—3 % (Ricord, Fournier, le Fort, Clerc, Millet, Labarthe) oder sogar in 6,3 % (Petersen) aller Fälle vor, während der extragenitale Primäraffekt bedeutend öfters in 4 % (Vignolo-Lutati), 4,1 % (Bloch), 4,68 % (Huchard), 7,85 % (Neumann), 8,9 % (Fournier) notiert wird. Was die seltene Lokalisation des extragenitalen weichen Schankers an den Fingern betrifft, so meint Siebert, daß die Genitalaffektion so schmerzhaft ist, daß jedes Manipulieren mit den Händen sich von selbst verbietet. Diese Auffassung erklärt die Sache nicht genügend, und die Frage der Seltenheit der extragenitalen Lokalisation muß vorläufig offen gelassen werden.

Das extragenitale Ulcus molle kann sich an beliebiger Körperstelle entwickeln. Nach Sprecher (s. Tab. I und IIa) kommen die Körperregionen, an denen das Kontagium haftet, in folgender Reihenfolge in Betracht: 1. Finger, Lippen, Augen; 2. Mundhöhle, obere Extremitäten; 3. untere Extremitäten.

Ich habe die Ullmannsche Statistik mit meiner zusammengestellt und folgende Resultate, die ich tabellarisch darstelle, bekommen[2]).

---

[1]) Sabouraud, Französ. dermat. Gesellschaft, 3. Juli 1902.

[2]) In der Tabelle A habe ich alle Fälle berücksichtigt, in der Tabelle B nur diejenigen, wo bakteriologische Beweise vorliegen, also nur 15 Fälle aus Ullmanns Statistik und alle aus meiner (1 Fall von Queyrat, 1 Fall von Diana und 1 Fall von Danlos und Deroye, wo der bakteriologische Befund fehlt, ausgenommen).

Digitized by Google

Tabelle A.

95 Fälle von extragenitalem Ulcus molle.

Sitz	Zahl der Fälle
a) Finger	38
b) Lippen	16
c) Extremitäten, untere	7
„ obere	4
d) Gesicht	9
e) Zunge	4
f) Konjunktiva	4
g) Brustkorb	4
h) Gesäß	3
i) Mund und Rachen	3
j) Mandel	1
k) Symphyse	1
l) Verschiedene Stellen am ganzen Körper	1

Anmerkung: α) Die Fälle mit dem Sitze am Gesäß und Symphyse, die ich aus Ullmanns Statistik entnommen habe, können auch als perigenitale bezeichnet werden.

β) In einem Falle mit dem Sitze an der Zunge war auch ein Geschwür an der Mandel vorhanden.

Tabelle B.

43 Fälle von extragenitalem Ulcus molle (bakteriologisch erwiesen).

Sitz	Zahl der Fälle
a) Finger	21
b) Extremitäten, untere	7
„ obere	1
c) Lippen	5
d) Zunge	4
e) Gesicht	2
f) Symphyse	1
g) Rachen	1
h) Verschiedene Stellen am ganzen Körper	1

Was das Geschlecht betrifft, so hat die Statistik ergeben, daß in überwiegender Mehrzahl das männliche Geschlecht der Träger der extragenitalen weichen Schanker ist, nämlich auf 95 Fälle waren 74 Männer und 21 Weiber

„ 43 „ „ 36 „ „ 7 „

Wie es aus diesen Tabellen zu ersehen ist, sind die Finger der Lieblingssitz der extragenitalen weichen Schanker. Das ist leicht zu verstehen, denn gerade hier ist die Gelegenheit zur Autoinokulation von bereits vorhandenen anderweitigen Wunden oder Erosionen mit venerischem Geschwürseiter leicht gegeben.

Digitized by Google

Tabelle I. Ulcera mollia extragenitalia mit Sitz an den Fingern durch zufällige Autoinokulation.

Nr.	Autor	Jahr	Publikationsort	Geschlecht	Sitz des Ulc. molle genit.	Sitz des Ulc. molle exhag.	Verifizierung	Bemerkungen
1.	Queyrat	1902	Soc. franç. de Derm., 3. Juillet	m.	Präputium	l. Zeigefinger	Im Ausstrich des Ulc. extr. Streptobaz. Inokulation am l. Arme. Im Inokulationsschanker Streptobaz.	Schwellung der Kubital- und Axillardrüsen
2.	Queyrat	1902	„	m.	Präp. u. Glans	„	„	Schwellung d. Kubitaldrüse
3.	Queyrat	1902	„	m.	Glans	„	„	„
4.	Queyrat	1902	„	m.	Präp. u. Glans	r. Daumen	„	—
5.	Queyrat	1902	„	m.	Präputium	r. Mittelfinger; bereits vernarbt	—	Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Kubitaldrüse
6.	Fiocco	1903	Boll. delle mal. ven. sif. e dell. pell. Nr. 5	m.	—	r. Mittelfinger	Histologisch und bakteriolog. Streptobazillen	—
7.	Hoffmann	1903	Berl. Derm. Ges. 7. Juli	m.	Penis	l. „	Im Ausstrich vom Ulc. extr. Strept.	Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Kubitaldrüse
8.	Hoffmann	1903	„	m.	„	Daumen und Zeigefinger	„ histologischer Nachweis	—
9.	Amende	1906	Derm. Zentralbl. Nr. 5	m.	Limbus praeputii	l. Mittelfinger	Ausstrichpräp. aus dem aspirierten Eiter der Kubitaldrüse, spärliche Streptob. auf Kulturen von Menschenblutbouillon.	Vereiterter Kubitaldrüsenbubo.
10.	Danlos und Deroye	1907	Soc. franç. de Derm., 7. Févr.	m.	Präputium	r. Ringfinger	Bakt. Unters. negativ., klinisch sicher Ulc. molle.	„
11.	Danlos u. Levy-Fraenkel	1908	Soc. franç. de Derm., 3. Dec.	m.	„	r. Zeigefinger	Inokulation am Arme, im Inokulationsschank. Streptobazillen.	—
12.	Queyrat und Bricont	1908	Soc. méd. des hôp. de Paris, 26. juin	m.	Penis	l. „	Im Ausstrichpräp. vom Ulc. extr. Strept. nicht nachgewiesen. Inokulation in regione deltoidea, im Inokulationsschank. Streptob.	—
13.	Sprecher	1910	Giorn. ital. delle mal. vener. e d. pelle. S. 805.	w.	Anus	r. Mittelfinger	Im Ausstrich vom extrag. Ulc. Streptob. Kulturen auf Kaninchenblutagar	Schwellung d. Kubitaldrüse

Digitized by Google

Tabelle IIa. Durch Autoinokulation entstandene Ulzera von verschiedenartiger Lokalisation (mit Ausschluß der Finger).

Nr.	Autor	Jahr	Publikationsort	Geschlecht	Sitz des Ulc. molle genit.	Sitz des Ulc. molle extrag.	Verifizierung	Bemerkungen
1.	Hoffmann	1903	Berl. Derm. Ges. 7. Juli	m.	Penis	Knie	Im Ausstrich des Ulc. extr. Streptobazillen. Kulturen auf Kaninchenblutagar	Patient hat sich das Knie durch einen Fall verletzt und für beide Affektionen dieselben Verbandmittel gebraucht
2.	Diana	1904	Giorn. ital. delle mal. vener. S. 185	m.	Präputium	Gesicht (Jochbein)	Positive Inokulation	Klinik Profeta
3.	Diana	1904	„	m.	„	„	Im Ausstrich Streptobazillen	—
4.	Balzer und Dainville	1905	Soc. franç. de Derm. 2. Fevr.	w.	Vulva	Unterlippe	Im Ausstrich des extr. Ulc. Streptobazillen	Schwellung der linken Submaxillardrüsen
5.	Sprecher	1910	Giorn. ital. delle mal. vener. S. 805	m.	Präputium	rechter Vorderarm	„	—
6.	Bruhns	1910	Berl. Derm. Ges. 8. Febr.	m.	Penis	Unterschenkel	Im Ausstrich Streptob.	P. hatte Skabies
7.	Gaucher, Druelle und Jacob	1910	Soc. franç. de Derm. 7. juillet	m.	„	Am ganzen Körper, besonders an der Gegend der Handgelenke	Im Ausstrichpräp. Streptob.	P. hatte Skabies und Phtiriasis
8.	Bruner	1912	Derm. Wochenschr. und Medycyna	m.	Präputium	linker Fuß	Im Ausstrich und histologisch Streptobazillen	—

Digitized by Google

Tabelle IIb. Selbständige durch direkte Infektion von einer zweiten Person stammende Ulcera mollia mit extragenitalem Sitze der Affektion.

Nr.	Autor	Jahr	Publikationsort	Geschlecht	Sitz des Ulkus	Verifizierung	Bemerkungen
1.	Fiocco	1903	Bolletino delle mal. vener. Nr. 5	m.	Zungenrand	Histolog. u. bakteriolog. Streptobazillen	—
2.	Darier und G. Roussy	1904	Soc. franç. de Derm. 4. Februar	w.	Unterlippe	Im Ausstrich Streptobazillen	Modus infectionis unbekannt
3.	Siebert	1905	Med. Klinik Nr. 48	m.	linker Kleinfinger	Kultur auf Kaninchenblutagar	„
4.	Grouven	1906	Gesellsch. f. Natur- und Heilk. Bonn, 19. Februar. Münch. med. Wochenschr. Nr. 26	w.	Rachen	Im Ausstrich Streptobazillen	Koitus per os. Submaxillardrüsen beiderseits angeschwollen
5.	Grouven	1906	„	m.	Unterlippe	Histologisch Streptobazillen	„
6.	Schonnefeld	1909	Wissenschaftl. Ver. am städt. Krankenh. Frankfurt a. M. Münch. med. Wochenschr. Nr. 44.	m.	rechter Zeigefinger	Im Ausstrich Streptobazillen	P. tuschierte vor der Kohabitation die kranken weiblichen Genitalien.
7.	Gerandel und Meneau	1909	Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. 15. Okt.	m.	Lippe	Im Ausstrich Streptobazillen, positive Inokulation	bukko-vaginale Kontagion
8.	Gaucher und Druelle	1909	Soc. franç. de Derm. Nr. 6.	m.	Lunge und rechte Tonsille	Im Ausstrich D. U. Streptobazillen	linguo-vulvare Kontagion
9.	Queyrat und Pinau	1909	Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. 4. März	m.	Lippe	Im Ausstrich Streptobazillen, positive Inokulation	—
10.	Gaucher und Druelle	1910	Soc. franç. de Derm. Nr. 4	m.	Zunge	Im Ausstrich Streptobazillen	linguo-vulvare Kontagion, Schwellung der rechten Submaxillardrüse

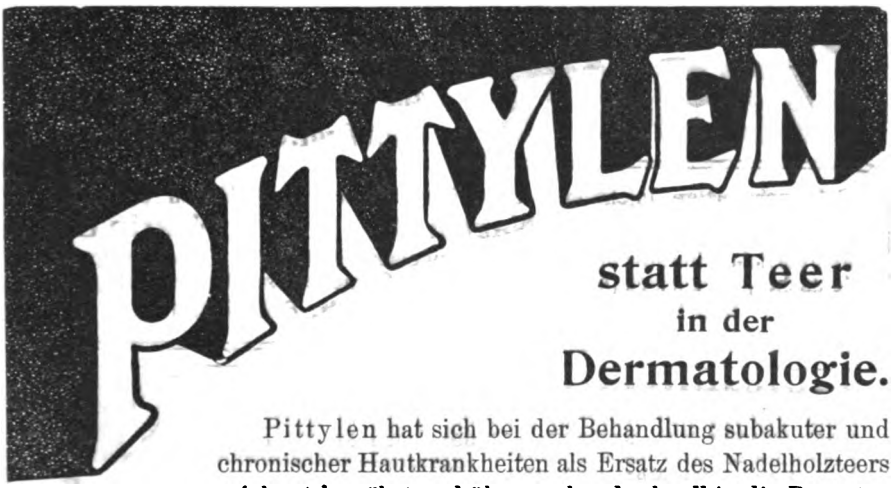
Digitized by Google

Bruner.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig. Lith. Anst. v. Johannes Arndt, Jena.

Digitized by Google

Digitized by Google



Pittylen hat sich bei der Behandlung subakuter und chronischer Hautkrankheiten als Ersatz des Nadelholzteers ausgezeichnet bewährt und überraschend schnell in die Rezeptur eingeführt. Selbst Fälle, die jahrelang jeder Behandlung trotzten, und bei denen alle Mittel versagten, wurden in auffallend kurzer Zeit zur Heilung gebracht. — Besonders bei untenstehenden Hautleiden wird die prompte Wirkung der Pittylen-Präparate für sich allein oder in Verbindung mit anderen Mitteln, wie Zinkoxyd, Schwefel, Salizylsäure, Perubalsam usw., gerühmt.

Sehr bequem ist die Anwendung von **Pittylen-Seifen,** die, um die Wirkung nach Bedarf steigern zu können, in verschiedener Konzentration (2, 5 und 10prozentig) und außerdem mit weiteren medikamentösen Zusätzen wie Schwefel, Menthol, Perubalsam usw., hergestellt werden.

Bewährte Vorschriften für die Rezeptur, Separat-Abdrücke der bisher erschienenen Arbeiten und Proben von Pittylen-Seifen und -Pflastern stehen den Herren Ärzten gern zur Verfügung.

Indikationen für Pittylen:

Akute und subakute Ekzeme aller Art im Stadium papulosum, vesiculosum, impetiginosum und squamosum — Chronische Ekzeme — Psoriasis — Pityriasis capitis — Lichen ruber verrucosus — Lichen scrophulosorum — Lichen chronicus simpl. — Lichen syphiliticus — Seborrhoea capitis oleosa et sicca — Seborrhoea faciei — Akne vulgaris — Akne juvenilis — Akne furunculosa — Sykosis vulgaris — Urticaria ex ingestis — Tylosis et Keratoma palmarum et plantarum — Herpes Zoster — Prurigo — Strophulus infantum — Pruritus cutaneus — Pruritus ani et vulvae — Hyperhydrosis — Skabies — Herpes tonsurans — Ekzema marginatum Erythrasma — Pityriasis rosea — Pityriasis versicolor.

Digitized by Google

Nastin

zur Behandlung der Lepra nach Prof. Dr. Deycke-Pascha

Gebrauchsfertige Injektionen in Originalkartons zu 6 Tuben à 1 ccm

Nastin B_0 **Nastin B_1** **Nastin B_2**

Ausführliche Literatur und Gebrauchsanweisung stehen den Herren Ärzten in deutscher, französisch., englisch. u. spanisch. Sprache kostenlos zur Verfügung

KALLE & CO. Aktiengesellschaft, BIEBRICH

Die Aerzte der ganzen Welt erkennen an, dass die Staatsquellen zu **Haus-Trinkkuren** tatsächlich die besten und wirksamsten sind. Unerreichte Heilerfolge werden erzielt mit

VICHY

VICHY GRANDE GRILLE bei Leberleiden, Gallenstein, Stauungen in den Unterleibsorganen.

VICHY CÉLESTINS bei Nieren-, Harn- und Blasenleiden, Gicht und Diabetes.

VICHY HOPITAL bei Verdauungsstörungen (Magenatonie, Säurebildung, Magen- u. Darmkatarrhen)

Man bezeichne genau die Quelle und achte auf den Namen derselben auf Flasche und Kork. Zu beziehen durch die Mineralwasserhandlungen und Apotheken.

Hunyadi János

DAS BESTE NATÜRLICHE BITTERWASSER

EIN NATURSCHATZ VON WELTRUF. MILD, ZUVERLÄSSIG.

BESITZER: ANDREAS SAXLEHNER. BUDAPEST. K.u.K. HOFLIEFERANT.

Bei **FURUNKULOSIS** ist von **unfehlbarer Wirkung** das

Furunkulose- und Afridol-Sapalcol

ersteres c. Zinc. oxyd. et Acid. boric. paratum

auch bei übermäßiger Schweißbildung vorzüglich bewährt.

Für Krankenkassen zugelassen.

Digitized by Google

In zweiter Reihe kommen alle die Fälle in Betracht, wo das Virus sich an verschiedenen Körperstellen mit Ausschluß der Finger lokalisiert hat. Der Modus inoculationis ist leicht zu begründen: der betreffende Kranke hat an einer beliebigen Körperstelle eine Wunde oder Erosion, die er sich selbst infiziert (Hoffmann, mein Fall) oder leidet an einer juckenden Dermatose (Ekzem, Skabies, Phthiriasis) und beim Kratzen mit verunreinigten Fingern wird das Gift verimpft (Bruhns, Gaucher, Druelle und Jacob). Was speziell die Lokalisation der weichen Schanker an den Unterextremitäten betrifft, so finde ich in Ullmanns Statistik vier Angaben: zweimal war der Sitz des extragenitalen weichen Schankers am Knie (Fournier), einmal am Knöchel (Sorel), und einmal am Oberschenkel[1]) (Fournier) in meiner Statistik finden sich 2 Fälle (Hoffmann, Bruhns). Mein Fall, wo das Ulcus molle sich am Fuße befindet, steht also bis jetzt allein in der Literatur; er sei hier kurz referiert.

Anamnese. Patient, 26jähriger Arbeiter. Vor zwei Jahren Gonorrhöe, die er selbst behandelt hatte. Vor einem Jahre weicher Schanker. Jetzt seit drei Wochen wiederum Schanker und seit 14 Tagen eitriger Ausfluß aus der Harnröhre. Vor 14 Tagen hat Patient durch eine Bettstelle eine Quetschung des linken Fußes erlitten.

Status praesens. Übermittelgroßer, kräftig gebauter, gut ernährter Mann. Innere Organe ohne Befund. Am inneren Präputialblatte multiple Ulcera mollia, auch am Orificum urethrae. In der Gegend des Frenulum solche von eleviertem Charakter. Aus der Harnröhre entleerte sich dickes gelbes Sekret. Ungefähr oberhalb des Köpfchens des ersten Metatarsalknochens des linken Fußes befindet sich ein quergestelltes Geschwür von ca. 3 cm Breite und $1^1/_2$—2 cm Länge. Das Geschwür hat einen wallartigen Rand, der unterminiert ist; der Grund des Geschwüres ist mit glasigen Granulationen bedeckt. Nach dem Fußgelenke zu ist in einer Strecke von ca. 5 cm die Haut phlegmonös gerötet; aus einer kleinen Fistel am Geschwürsrande quillt auf Druck Eiter. Im Ausstrichpräparate vom Eiter Ducrey-Unnasche Streptobazillen. Eine kleine Randpartie wurde exzidiert, in Formalin eingebettet und nach Unna mit polychromem Methylenblau gefärbt. In Schnitten wurden Bazillen in schönen langen Ketten gefunden.

Die Ulzera wurden mit Jodoform, Kali-hypermang., Bädern und feuchten Verbänden mit essigsaurer Tonerde behandelt und heilten in einem Monate.

Endlich sind die Fälle zu erwähnen, wo die Ulcera mollia durch direkte Infektion von einer zweiten Person entstanden sind. Der häufigste Inokulationsmodus sind verschiedene sexuelle Perversitäten (Coitus per os, bucco-vaginale oder linguo-vulvare Kontagion usw.); es können aber auch andere Entstehungsursachen in Betracht kommen: im Falle Despres entstand ein Ulkus durch Kratzen an der Wange einer Wärterin, die eben ein Schankergeschwür verbunden hatte, im Falle Lessers kam die Übertragung eines Ulcus molle auf eine Exzisionswunde bei einem Lupösen

[1]) In diesem Falle ist es angegeben, daß die Infektion durch schmutzige Wäsche zustande gekommen sei.

Digitized by Google

durch einen bei einem Ulcus molle verwendeten Jodoformpinsel zustande usw.

Den Verlauf des Ulcus molle extragenitale kann man im allgemeinen als günstig bezeichnen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle heilen sie schnell unter der entsprechenden Behandlung; desto merkwürdiger erscheint mir die Beschreibung eines Falles von Batut[1]). Ein Arzt stach sich bei einer Phimosenoperation (präputialer Schanker) mit der Nadel in den linken Handrücken. An der Stichstelle entwickelte sich unter heftigen Schmerzen ein Geschwür; es kam zur Phlebitis in der Ellenbogenbeuge, die Achseldrüsen schwollen an und vereiterten, die Entzündung stieg bis zum Hals hinauf und veranlaßte hier eine Periostitis der Klavikula und eine Entzündung der superklavikularen Drüsen, zuletzt kam es auch noch zu einen Erysipel am Rücken. Es ist unwahrscheinlich, daß es sich hier um eine Ulcus molle-Infektion handelte. Ich würde eher glauben, daß es ein septischer Prozeß war; eine bakteriologische Untersuchung wurde leider nicht ausgeführt.

Das Verhalten der Drüsen bietet nichts Typisches dar; in einigen Fällen sind sie angeschwollen und indolent, in anderen schmerzhaft, in anderen intakt; ausnahmsweise kommt es zur Vereiterung und zum Schankröswerden des Bubo.

Die Therapie ist dieselbe, wie die der genitalen Geschwüre.

Aus der Praxis.

Generalisierte Jodakne und makulöses Jodexanthem nach dreimaliger Anwendung von Jodtinktur und Bedecken der eingepinselten Stellen mit Wachstuch.

Von

Dr. Menahem Hodara, Konstantinopel.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Richard Frühwald, Leipzig.)

Jodexantheme nach Anwendung von Jodtinktur wurden schon öfters beobachtet; aber das Auftreten einer Jodakne mit einem fleckigen Jodausschlage nach dreimaliger Pinselung mit Jodtinktur und Bedeckung der betreffenden Stellen mit undurchlässigem Materiale ist ein so seltenes Vorkommnis, daß die Veröffentlichung dieses Falles von Interesse ist.

[1]) Batut. Journ. des mal. cut. et syph., 1905, S. 241. Chancre molle accidental. Complications insolites.

Digitized by Google

Er betrifft einen 67jährigen Mann, Arthritiker und Rheumatiker, aber sonst von kräftiger Konstitution. Nach seinen und seiner Umgebung Angaben wurden ihm einige durch eine Interkostalneuralgie bedingte schmerzhafte Stellen, abgesehen von verschiedenen anderen äußeren Medikationen, an drei aufeinanderfolgenden Tagen mit Jodtinktur eingepinselt und dann mit Wachstuch bedeckt. Nach einigen Tagen trat fast auf einmal ein Exanthem am ganzen Körper auf, das aus akneähnlichen Knötchen bestand, die kleine, mit trübem, eitrigem Inhalte gefüllte Pusteln trugen und von einem roten Hofe umgeben waren. Diese akneförmige Eruption verbreitete sich über den ganzen Körper, bedeckte das Gesicht, den Kopf, in geringerem Maße die Brust, die Ober- und Unterextremitäten, den Bauch und die Genitalregion. Vor Auftreten des Exanthems hatte der Kranke kein Fieber, und er blieb auch während des ganzen Krankheitsverlaufes fieberfrei; ferner hatte er kein Erbrechen, keine Rücken- und heftigen Kopfschmerzen. Er hatte nur geringes Gefühl von Unwohlsein.

Am 9. Krankheitstage bestand die Eruption aus akneiformen Effloreszenzen, die von verschiedener Größe, kleinlinsen- bis zehnfrankstückgroß, waren, im Zentrum Pusteln trugen, die zum größten Teile zu einer schwärzlichen Kruste eingetrocknet und von einem derben, roten Infiltrationssaume umgeben waren. Nirgends bestanden Effloreszenzen mit einer zentralen Delle, wie man es bei Variola oder Variolois sieht. Die Knötchen im Gesichte, auf dem Kopfe und dem Stamme standen disseminiert, nirgends konfluierend. Außerdem sah man auf den Gliedern und dem Stamme zwischen die Akneknötchen eingestreut ein makulöses Exanthem, das aus roten, runden oder unregelmäßigen Fleckbildungen bestand. Die Schleimhäute waren und blieben völlig frei von krankhaften Erscheinungen. Im Urin fanden sich 0,03 ‰ Eiweiß; im übrigen zeigte der Patient außer dem besagten Exanthem keine Besonderheiten. Der Ausschlag, der gleichsam explosionsförmig am ganzen Körper aufgetreten war, wurde von keinerlei Nachschüben gefolgt. Nirgends konnte man im Beginne, vor Entwicklung der Akneknötchen, Bläschen mit serösem, klarem, durchscheinendem Inhalte feststellen, wie sie für Varizellen charakteristisch sind. An einigen Stellen in den Leistenbeugen und in den Genitokruralfalten waren die Krusten durch die permanente Transpiration und den ständigen Kontakt mazeriert und es hatte sich eine intertriginöse Entzündung entwickelt.

Wegen der Ähnlichkeit, die diese akneförmige Eruption im Anfange mit Variola hatte, hielten einige Kollegen die Krankheit zuerst für Variolois oder Varizellen, doch konnten wir diese Diagnose ablehnen. Das Fehlen von Initialerscheinungen, Fieber, Erbrechen, Rücken- und

Digitized by Google

Kopfschmerzen, der Allgemeinzustand und vor allem das Fehlen der für Variola oder Variolois charakteristischen gedellten Efflo-reszenzen ließ die beiden genannten Krankheiten ausschließen. Gegen Varizellen sprach das Fehlen der charakteristischen klaren, durchscheinenden Bläschen im Beginne, das Fehlen der Dellung, die manchmal auch bei Varizellen vorkommt, und die Krankheitsdauer, die bei diesen im allgemeinen 12—15 Tage beträgt.

Die Diagnose Jodakne stützt sich auf folgende Gründe: 1. kennen wir das veranlassende Moment, nämlich die durch 2—3 Tage wiederholte Applikation von Jodtinktur und die Bedeckung der bepinselten Stellen mit Wachstuch bei einem alten Manne, dessen dünne Haut das Mittel leichter absorbiert, und dessen Nierenfunktion vielleicht nicht ganz normal ist; 2. drängte sich die Diagnose infolge des Bestehens einer anderen Erscheinungsform des Jodismus auf, nämlich eines generalisierten, zwischen die Akneknötchen eingestreuten makulösen Exanthems. Dieses bestand neben den Akneknötchen bis zum 20. Krankheitstage, was im allgemeinen weder bei Variolois noch bei Varizellen vorkommt, bei denen das skarlatiniforme oder morbilliforme Exanthem manchmal im Anfange auftritt, aber in 1—2 Tagen rapid verschwindet. Es besteht also kein Zweifel, daß es sich um eine Jodakne mit einem makulösen Jodexanthem handelt, deren morphologische Charaktere zuerst zu einer Verwechslung mit Variolois oder Varizellen führten.

Ich habe den Kranken bis zum 22. Tage beobachtet; zu diesem Zeitpunkte bestanden die Pusteln und Krusten sowie die Intertrigo am Genitale unverändert. Die Krusten, die auf den Akneeffloreszenzen des Gesichts, Kopfes usw. saßen, waren schon größtenteils vertrocknet und im Begriffe sich abzulösen.

Nachtrag.

Ich hatte den Patienten vom 22. bis 38. Krankheitstage nicht gesehen. Als ich ihn wiedersah, bot die Krankheit folgendes Bild: Nach Abstoßung der Krusten, die sich in der Zwischenzeit vollzogen hatte, waren zahlreiche akneförmige, pustulöse Effloreszenzen völlig abgeheilt und hatten rosafarbene, glatte Flecke zurückgelassen, die, im Niveau der Haut liegend, keine Spur einer deprimierten Narbe, wie bei Variola, zeigten. Dagegen waren andere Effloreszenzen in Wucherung geraten und bildeten rote, flache und derbe Knoten, die auf der Oberfläche entweder glatt oder mit dünnen Krusten bedeckt waren, so daß sie der Krankheit das Aussehen eines flachen Jododerma papulo-tuberosum gaben. Das makulöse Jodexanthem, ebenso wie eine kleine Zahl der Akneknötchen, bestand unverändert. Wir müssen annehmen, daß unser greiser Patient unter

Digitized by Google

besonders ungünstigen Bedingungen stand, die das Abheilen des makulösen Ausschlages verzögerten und die papulotuberkulöse Wucherung einiger Pusteln provozierten. Ich muß hinzufügen, daß der 67jährige Patient, so ungewöhnlich dies auch erscheint, während seines ganzen Lebens weder Jodtinktur angewandt noch auch jemals einen Tropfen Jod eingenommen hat.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom Dienstag, den 13. Februar 1912.

Originalbericht von Dr. O. Sprinz-Berlin.

1. LESSER gedenkt des heimgegangenen großen Lepraforschers ARMAUER HANSEN, des Entdeckers des Leprabazillus, mit ehrenden Worten.

2. BRUHNS stellt ein vierjähriges Kind mit **Ichthyosis** vor; die Affektion begann schon bald nach der Geburt und hat fast den ganzen Körper ergriffen, auch das Gesicht, besonders aber die Gelenkbeugen.

BRUHNS betrachtet diesen Fall als eine Übergangsform zwischen Ichthyosis congenita und Ichthyosis vulgaris. Histologisch fand sich eine Hypertrophie der Hornschicht bis an die Talgdrüsen hinunter.

LIPPMANN erinnert daran, daß er das gleiche Kind schon im Mai 1908 vorgestellt und das Krankheitsbild damals ebenfalls als eine Zwischenform zwischen vulgaris und congenita aufgefaßt habe, auch die inzwischen vor sich gegangene gute körperliche Entwicklung spreche für eine leichtere Erkrankung, als die typische Ichthyosis congenita sei.

3. LEDERMANN: Krankenvorstellungen: a) 55jähr. Frau, die L. schon einmal im Juni 1902 als **Erythromelie** (PICK) vorgestellt hatte. Die Affektion betrifft beide Arme. Die schon damals andeutungsweise vorhandenen Atrophien haben sich inzwischen stärker ausgebildet. Die Krankheit gehört in das Gebiet der idiopathischen Hautatrophien (Akrodermatitis atrophicans).

b) Junges Mädchen mit **Ulcus molle phagedaenicum** der Genitalgegend und fast der ganzen Gesäßgegend, z. T. auch noch des Oberschenkels. Die Affektion besteht seit April v. J. Das Geschwür, damals handtellergroß, hat sich während der Behandlung ungemein vergrößert. Da die Serumreaktion schwach positiv war, wurden mehrere Salvarsaninjektionen und Schmierkuren angewandt; daneben wurden Röntgenbestrahlungen, Jod u. a. m. versucht. Jetzt endlich beginnt langsam die Epidermisierung. In der Diskussion empfiehlt LESSER ein Vorgehen mit scharfem Löffel, Pacquelin und Chlorzink. MANKIEWITZ hat von 3% Perhydrol gute Erfolge gesehen.

c) LEDERMANN stellt eine Frau mit syphilitischem Exanthem en nappe an den Armen und dem Gesicht und Satellitenbildung auf dem Rücken vor. Die eingeleitete Hg-Behandlung (Salizylinjektionen, Embarininjektionen) ist bisher nur von geringem Erfolge gewesen; vielleicht handelt es sich um ein **syphilitisches Exanthem** auf **psoriatischer Grundlage**, jedenfalls aber um starke Resistenz gegen Hg; die erst später vorgenommene W. R. war negativ.

Digitized by Google

d) Frau mit **Lupus miliaris faciei,** der anfangs eine einfache Rosazea vortäuschte: Sehr guter Heilungserfolg durch Tuberkulininjektionen und Röntgen.

e) 12-jähriger Knabe litt seit zwei Jahren an schweren **Geschwürsprozessen der Unterschenkel.** Die Ulzera machten einen gummösen Eindruck. S. R. negativ, Pirquet stark positiv. Nach der 7. Tuberkulininjektion (in summa 17) von $^1/_{100}$ mgr bis 1 mgr steigend waren die Geschwüre völlig abgeheilt; es bildeten sich jedoch im Verlaufe der Kur papulonekrotische Tuberkulide an den Fingern, die vor der Kur nicht vorhanden waren.

f) Zwei Fälle von **Folliklis,** junge Mädchen betreffend; besonders an den Ellenbogen fanden sich papulöse Effloreszenzen mit zentraler Nekrose: die Folliklis ist bedingt durch die Stoffwechselprodukte der Tuberkelbazillen. Daneben weist die eine Patientin tiefere Ulzerationen (Form des Erythema induratum Bazin) an den Beinen auf.

Arndt bemerkt, daß er den von Ledermann als Lupus miliaris vorgestellten Fall schon früher histologisch untersucht und typische tuberkulöse Veränderungen gefunden habe.

4) Arndt zeigt einen ganz akut im Verlaufe weniger Tage enstandenen Fall von **Lupus miliaris** der Gesichtshaut eines Mannes; histologisch fanden sich epitheloide Riesenzellentuberkel. Pirquet negativ, Lungen ohne Besonderheiten.

5) Arndt hat den in der Dezembersitzung von Dr. Wollenberg als gewerbliche, vielleicht als Thoriumdermatitis vorgestellten Fall histologisch untersucht. In der Cutis fanden sich Anhäufungen epitheloider Zellen, wenig Riesenzellen, vereinzelte Lymphozyten. Bei nochmaliger klinischer Untersuchung fanden sich auf Glasdruck im Gesicht und an den Armen gelbliche hanfkorngroße Knötchen. Pirquets Kutanreaktion schwach positiv, Lungen o. B. Es handelt sich um ein **multiples benignes Sarkoid** (Boeck) und zwar im Gesicht in der kleinknotigen, an den Armen in der diffus-infiltrierenden Form.

6. Bruhns berichtet über Untersuchungen bzg. der **Immunität nach** überstandener **Trichophytie-Infektion.** Die verschiedensten Trichophytonstämme wurden gezüchtet und auf Tiere, in einigen wenigen Fällen auch — teils versehentlich, teils zu Heilzwecken — auf Menschen verimpft. Die starken Stämme Blochs, des Entdeckers des Immunitätsgesetzes, hinterließen in der Tat eine Immunität, andere Stämme dagegen nicht. Stämme, welche die tiefe Trichophytieform erzeugen, scheinen mehr Immunität zu hinterlassen als die oberflächlichen; aber individuelle Schwankungen kommen vor. Von einer absoluten Immunität kann nicht die Rede sein. Eine relative Immunität ist dagegen in allen Fällen zu erzielen. Bei der Wiederimpfung erscheint nämlich die Trichophytie sehr abgeschwächt, tritt schneller auf und verschwindet rascher. Bei einer nach dem Vorbild von Bloch zu Heilungszwecken vorgenommenen Wiederimpfung blieb der erwartete Erfolg völlig aus.

7. W. Friedländer spricht über die Wirkungsweise des von Prof. Hahn entdeckten **Mesothorium,** eines Ersatzpräparates des Radiums. Es wird in verschiedenen Kapseln (Glimmer, Silberblech, Film) eingeschlossen. Der Glimmerverschluß hindert den Durchtritt der α-Strahlen, man kann bei Glimmer ohne Filter arbeiten; durch die Silberkapsel werden die gefährlichen weichen β-Strahlen resorbiert. Bei dem Filmverschluß, der alle Strahlen durchläßt, muß man mit Filter arbeiten, die aus Watte, Aluminium usw. bestehen können. Die Bestrahlungsdauer kann 10—15 Minuten betragen: acht Tage später bildet sich eine Hyperämie. Über den Wert der Methode läßt sich noch kein abschließendes Urteil bilden. Friedländer sah prompte Abheilung bei einer Psoriasisplaque des Gesichts; Besserungen bei Lupus erythematodes und Naevus vasculosus faciei (die Kranken werden teils vorgestellt, teils Abbildungen in farbiger Photographie gezeigt). Der Preis des Präparates stellt sich etwa 3mal so niedrig als der des Radiums.

Digitized by Google

M. Friedländer hat das Mittel ebenfalls seit mehreren Monaten bei Lupus pernio, Lupus vulgaris, Kankroiden, Nävi angewendet, es bilden sich rascher Entzündungen — anscheinend mehr β-Strahlen — als durch Radium, letzteres hat größere Tiefenwirkung. Bei oberflächlichen Prozessen wirkt Mesothorium günstig, bei Nävi bleibt es ohne Erfolg. Mesothorium soll sich angeblich nach sieben Jahren schon völlig in sich auflösen. Dann wäre freilich das Radium trotz des höheren Preises doch noch viel billiger im Gebrauch.

Friedländer hat einen Fall anscheinend dauernder Entstellung an der Oberlippe nach Mesothorium gesehen.

Zehden berichtet über die Erfahrungen, die im Lichtinstitute der Charité mit Mesothorium gemacht wurden. Die einzelnen Sitzungen wurden nicht so lange ausgedehnt; erst nach völligem Abklingen der Reaktion wurde eine zweite Bestrahlung vorgenommen; eine quadratische Kapsel erwies sich praktischer als eine kreisförmige. Günstige Erfolge wurden gesehen bei Naevus vasculosus, Lupus vulgaris und L. erythematodes; versucht wurde das Präparat auch bei einem Falle von Xeroderma pigmentosum (Krankenvorstellung).

8. Ledermann zeigt zum Schluß mittels Projektionsapparates eine große Reihe farbiger Photographien, die interessante und seltene Hautaffektionen betreffen.

Fachzeitschriften.

Verhandlungen der Royal Society of Medicine, Dermatological Section.

Sitzung vom 16. Nov. 1911, Bd. 5, Nr. 2.

Fall von atrophischem Tuberkulid, von J. L. Bunch. Bei dem 12jährigen Knaben bestehen, wie das wohlgelungene Photogramm zeigt, am Unterleib und auch an anderen Stellen zahlreiche Läsionen, welche die Diagnose gerechtfertigt erscheinen lassen, trotzdem die Tuberkulinreaktion nicht gelungen ist.

Fall von multiplen Angiomen, von J. L. Bunch. Das 2 Monate alte Kind weist mehr als hundert über den ganzen Körper verteilte, erbsen- bis kleinnußgroße Tumoren auf. Einige derselben sind bereits mit fester Kohlensäure erfolgreich behandelt worden.

Urticaria pigmentosa bei einem 10 Monate alten Säugling, von J. L. Bunch. Die ersten Läsionen waren schon 4 bis 8 Wochen nach der Geburt hervorgetreten.

Fall von Lupus erythematosus mit Lokalisation auf der Kopfschwarte, von F. Colcott Fox. Es handelte sich um eine junge Frau, welche die Abnormität vor einigen Jahren erst zufällig beim Berühren der Kopfhaut bemerkte. An sieben verschiedenen Stellen sind deutliche Atrophien zu konstatieren.

Fall von Vitiligo, von E. G. G. Little. Als bemerkenswert wird bei diesem, eine 45jährige verheiratete Dame betreffenden Fall hervorgehoben, daß die ersten Erscheinungen der Pigmentanomalie sich im Anschluß an ein heftige Attacke von Kolitis zeigten. Pat. hat seitdem noch etliche solche Attacken durchgemacht und leidet außerdem an Parästhesien und Anschwellungen an den Händen und Armen.

Granuloma annulare bei einem 4jährigen Mädchen, von J. M. H. MacLeod.

Fall zum Diagnostizieren, von J. M. H. MacLeod. Redner ist geneigt, die Affektion als einen Fall von Brocqscher Parapsoriasis en plaques zu diagnostizieren, doch ist auch mancherlei gegen diese Auffassung einzuwenden.

Digitized by Google

Ein durch Behandlung mit Radium geheilter Fall von Paget'scher Krankheit am Nabel, von W. A. Milligan. Nach der Anwendung von kleinen Dosen Radium besserte sich die 10 cm im Durchmesser betragende Läsion nur wenig, aber nach einer $1^1/_2$stündigen direkten Applikation von 70 mg reines Radium setzte nach 14tägigem Intervall die Besserung ein bis zur vollständigen Heilung.

Ausgedehnte Trichophytie des Rumpfes und der Extremitäten mit granulomatösen Wucherungen, von J. H. Sequeira. Die Vorgeschichte dieses Falles ist schon im Brit. Journ. of Derm. (Aug. 1906) publiziert. Nach temporärer Heilung ist bei dem jungen Manne neuerdings ein frischer Ausbruch erfolgt.

Ekzematoide Trichophytie der Extremitäten und der Leiste, von A. Whitfield. Zur Einleitung einer Diskussion über dieses Thema gibt Redner zunächst einige historische Daten von Hebra und Devergie anfangend, um dann auf die klinischen Erscheinungen überzugehen. Er unterscheidet drei Hauptformen: die akute, vesikulobullöse, die chronische, die intertiginöse an den Zehen und die chronische, hyperkeratosierende der Handteller und Fußsohlen. Auffallenderweise ist die Affektion weit seltener bei den poliklinischen Patienten als bei den bessersituierten Klassen anzutreffen. Verf. demonstriert zwei Mikrophotogramme des Pilzes. Zur Behandlung hat ihm eine Salbe von Salizylsäure (3) mit Benzoesäure (5) auf 100 Vaselin und Butyrumkakao gute Dienste geleistet. Im übrigen empfiehlt er Chrysarobin (4,0) mit Chloroform, Alkohol und Azeton (āā 10,0) zum Aufpinseln.

R. Sabouraud-Paris schließt seinen mit mehreren Abbildungen versehenen Vortrag mit folgenden Thesen: Die gewöhnliche Form der ekzematoiden Trichophytie ist das Hebrasche Ekzema marginatum, welches durch das Epidermophyton inguinale hervorgerufen wird. Neben der primären und hauptsächlichen Lokalisation an der Leiste findet man die Affektion öfters in intertriginöser Form an den Zehen und ekzemartig (selten) an den Händen. Ein analoges aber meist universell werdendes Leiden ist die durch das Trichophyton rubrum Castellanis (Bangs Epidermophyton purpureum) bedingte exotische Dermatose. Ferner sind die von Djelaleddin Moukthar beschriebenen, an den Handtellern und Fußsohlen lokalisierten trockenen Affektionen zu erwähnen, welche durch das Trichophyton violaceum und T. acuminatum erzeugt werden. Schließlich ist die Gruppe des T. mikroides (T. gypseum und T. niveum) zu erwähnen, welches bei eiterbildenden Affektionen am Handrücken angetroffen wird.

J. J. Pringle teilt einige klinische Beobachtungen mit und hebt das starke Überwiegen des männlichen Geschlechts hervor.

G. Pernet erwähnt den von ihm und später auch von Castellani kultivierten rosaroten Pilz Epidermophyton Perneti.

C. Fox konstatiert, daß in den letzten Jahren die Zahl der Fälle in ganz auffallender Weise zugenommen hat.

H. G. Adamson demonstriert einen von ihm gezüchteten pfirsichfarbenen Fungus sowie mehrere andere Kulturen, deren Eigenschaften kurz angegeben werden.

Sequeira bespricht die Möglichkeiten der Übertragung der Infektion, wobei in erster Linie das Haften der Pilze an Kleidungsstücken von der größten Bedeutung ist.

M. Morris betont die Notwendigkeit, stets auch die Zehen zu untersuchen, wenn man die Affektion an der Leistengegend antrifft. Von einem unbehandelt bleibenden Herd kann natürlich immer leicht eine neue Infektion ausgehen. Die Vermehrung der Erkrankungen in den letzten Jahren führt er in nicht geringem Maße auf die beim Burenkrieg sich geltend machenden Umstände zurück. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

ALMATEIN

**geruchloses,
ungiftiges,
reizloses**

Wund-Antiseptikum

Dem Jodoform an Wirkung überlegen! Die mit Almatein behandelten Wunden reinigen sich schnell u. granulieren rasch

Anwendung: Als Streupulver, als Injektion, als Gaze, Salbe und Knochenplombe.

Preis: Streupulver. Originaldosen zu 10,0 M. —.65, Salbe 20% kl. Tube M. —.75, gr. Tube M. 1.25.

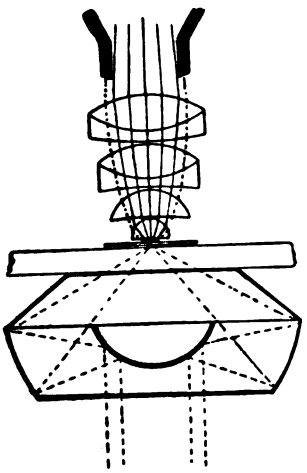
GEHE & CO., A.-G., DRESDEN-N.

Literatur und Proben kostenfrei!

E. Leitz ▫ Wetzlar

Berlin NW, Luisenstr. 45, Frankfurt a. M., Neue Mainzerstr. 24

London St. Petersburg New-York Chicago



Neuer verbesserter Spiegel-Kondensor

für die Beobachtung und Mikrophotographie lebender Bakterien im Dunkelfeld.

Mikroskope, Mikrotome

Mikrophotographische und Projektionsapparate

Man verlange: Katalog 44/III.

Digitized by Google

ÉNÉSOL

Salizylarsensaures Quecksilber

Lösliches Arsen-Quecksilbersalz zum Injizieren

≡ Latenter Quecksilber- und Arseninhalt ≡

VORZÜGE DES ÉNÉSOL:

1. Äußerst schwacher Giftgehalt (70 mal schwächer als derjenige des Hg. 1[9]): Verabreichung auch zu größeren Dosen ohne Mißerscheinungen.
2. Die intramuskulären Einspritzungen sind schmerzlos, gut vertragen und verursachen niemals Knotigkeit.
3. Die therapeutische Wirksamkeit des Énésol ist diejenige der „guten" Quecksilbersalze. Énésol verbindet mit seiner spezifischen Wirkung die dynamische des Arsens.

ÉNÉSOL

wird verkauft:
in Ampullen zu je 2 cm³, titriert à 3 cgr per 1 cm³.
Die Schachtel mit 10 Ampullen: M. 4.—.
Für Krankenhäuser, Kliniken usw.:
in Flacons: à 30 cm³ M. 8.— und à 60 cm³ M. 5.50

CLIN'S LABORATORIEN. — COMAR & Cie., PARIS.

Literatur und Proben durch

Dr. med. J. Waitz, General-Vertreter für Deutschland
Berlin Wilmersdorf, Brandenburgische Straße 2.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Radium in Biologie und Heilkunde

Monatsschrift für biologisch-therapeutische Forschung

herausgegeben von

Dr. F. Gudzent und **Prof. Dr. W. Marckwald**

Assistenzarzt der I. Medizinischen Klinik der Universität Berlin.

Geheimer Regierungsrat in Berlin.

12 Hefte bilden einen Band.
Pro Band M. 12.—. Nach dem Auslande M. 13.20.

Aus der Einführung von Herrn Geheimrat W. His sei folgendes hervorgehoben: „Der Plan vorliegender Zeitschrift ist hervorgegangen aus dem Bedürfnis, das jeder, der sich mit dem Studium und der Anwendung radioaktiver Stoffe befaßt, empfindet, über die neuen Erscheinungen auf diesem Gebiet zuverlässig und verständlich unterrichtet zu werden. Dem Staunen über die wunderbare Entdeckung und die Eigenschaften der radioaktiven Stoffe folgt nun das Studium wissenschaftlicher Vertiefung. Auch die Medizin, nach Überwindung eines anfänglichen Taumels, findet in ernsthafter Forschung Verständnis für langbekannte empirische Daten, und Mittel, wichtige Lebensvorgänge, Wachstum, Fermentationen.

Digitized by Google

Verhandlungen des I. Kongresses des nordischen dermatol. Vereins.

Kopenhagen, 17.—19. Mai 1910. Red. von C. Rasch. (Stockholm, P. A. Norstedt u. Söner, 1911.)

Fall von Sklerodermie in Verbindung mit Hemiatrophia facialis, von Afzelius. (S. 8.) Nach einer schweren Influenza trat bei der Kranken die Sklerodermie auf, die nur die linke Körperhälfte ergriff. Vier Jahre später entstand die linksseitige Gesichtsatrophie. Die Koinzidenz beider Krankheiten, sowie das Auftreten trophischer Störungen am Unterschenkel scheinen für eine zentrale (trophoneurotische) Genese der Sklerodermie zu sprechen.

Die dänischen Trichophyten und ihre Stellung in Sabourauds System, von Bang. (S. 9.) Übersichtliche Zusammenstellung.

Über Lymphogranulomatosis cutis, von Brunsgaard. (S. 18.) Mitteilung eines Falles und ausführliche Beschreibung des histologischen Befundes.

Das Verhältnis der Prurigo Hebra zur Tuberkulose, von Boas. (S. 24.) B. hat bei zwölf Patienten diagnostische subkutane Tuberkulineinspritzungen vorgenommen und siebenmal positive Reaktion erhalten. Die Tuberkulose mag also zur Entwicklung des Leidens beigetragen haben, ist aber kein notwendiger ätiologischer Faktor.

Multiples Akrosarkom (Kaposi). Besserung durch Arsenik, von Rasch. (S. 27.) Mitteilung eines Falles.

Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées (Brocq), von Ludwig Nielsen. (S. 29.) Das Leiden begann vor $1^1/_4$ Jahren mit einem roten Flecke am linken Femur, dem bald andere am ganzen Körper folgten. Die Flecke haben sich seit ihrer Entstehung nicht verändert. Sie sind münzen- bis handtellergroß, meist scharf umschrieben, gelblich- bis dunkelrot, mit wenigen kleinen Schuppen besetzt. Keine Infiltration; leicht atrophisches Aussehen.

Pemphigus mit Affektion der Conjunctivae. Streifenförmige Keratose auf den Schienbeinen, von Hjalmar Petersen. (S. 33.) Demonstration einer 32jähr. Frau, bei der das Leiden vor acht Jahren begann.

Über Röntgenbehandlung von Lupus erythematosus, von Moberg. (S. 36.) Bei oberflächlichen Formen sind gute Resultate zu erwarten. Bei ausgebreiteten, tiefgehenden Fällen sind die Aussichten auf gute Heilung gering.

Diffuse idiopathische Hautatrophie. (Erythema paralyticum Neumann, Erythromelie Pick, Akrodermatitis atrophicans Herxheimer.) Von Haslund. (S. 51.) Mitteilung eines Falles.

Züchtung von Spirochaeta pallida, von Boas. (S. 53.) Dem Verf. ist es gelungen, aus Analpapeln in den Nährböden von Schereschewsky die Spirochäten in Mischkultur zu züchten und in mehreren Generationen fortzupflanzen. Übertragungsversuche auf Tiere mißlangen.

Ein Fall von solitärem Hautmyom, von Moberg. (S. 65.) Ein hanfkorngroßes, derbes, stark spontan und auf Druck schmerzhaftes Myom auf der rechten Wade. Der Tumor ist von der Gefäßmuskularis ausgegangen. Richard Frühwald-Leipzig.

Revista española de Dermatologia y Sifiliografia.

Januar 1912, Bd. 14, Nr. 157.

Die präkokzygealen Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung bei der Spermatorrhöe und der sexuellen Impotenz, von Enrique Perez-Grande. Es handelt sich um die von Revel-Lyon angegebenen Kochsalzinjektionen in den zwischen

Digitized by Google

hinterer Rektalwand und vorderer Wand des Kreuz- und Steißbeins gelegenen Raum, welche die eine viel schwierigere Technik erheischenden epiduralen Injektionen Cathelins ersetzen sollen. Nach der von P. angegebenen Technik wird der Kranke in Seitenlage gebracht, der Zeigefinger ins Rektum eingeführt und unter Kontrolle dieses Fingers die Nadel an der Steißbeinspitze vorbei in die Konkavität des Os sacrum eingeführt. Der Verfasser teilt sechs Fälle mit, in welchen diese Injektionen von gutem Erfolg begleitet waren. Die Injektionen wurden zwei- bis dreimal wöchentlich vorgenommen, und es wurde jedesmal ein Quantum von 15 ccm steriler physiologischer Kochsalzlösung injiziert.

Die Syphilisdiagnose und die Wassermannsche Reaktion, von F. M. Campa. Eine kurze Beschreibung der Wassermannschen Reaktion.

Die Behandlung der Lepra, speziell mit Hilfe des Antileprols, von Engel Bey-Kairo. Das unter dem Namen Antileprol in den Handel gebrachte gereinigto Chaulmoograöl war bei 40 Fällen von Lepra tuberosa und nervosa von günstiger Wirkung. Es kann in großen Dosen jahrelang gegeben werden und hat nur selten unangenehme Nebenwirkungen. Das Medikament wird in Gelatinekapseln steigend bis zu 2 bis 5 g pro die verabfolgt. Gunsett-Straßburg.

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

(Früher: Annales des maladies des organes génito-urinaires.)

Bd. 1, Nr. 1, 15. Januar 1912.

Die Steinkrankheit im Laufe der Zeiten, von Pousson. Eine Darstellung der Entwicklung der Lithotomie von den Zeiten des Sanskrits an bis zu Ludwig XIV.

Untersuchungen der Wechselbeziehungen zwischen Blut und Harn und insbesondere der Harnsäureexkretion in einem Falle von orthostatischer Albuminurie, von F. Widal, A. Lemierre und A. Weill. Es wurden besonders Harnsäuredosierungen im Blut nach der Technik von Javal (Semaine méd., 1904, S. 347) und Vergleichungen des Blut- und Uringehalts an Harnsäure nach den Angaben von Ambard (Semaine méd., 1911, S. 181) vorgenommen. Durch diese äußerst feine Methode gelang es, eine wenn auch äußerst geringe Verlangsamung der Harnsäureausscheidung während des orthostatischen Anfalles nachzuweisen, welche weder klinische Symptome macht noch durch die bisherigen diagnostischen Hilfsmittel auffindbar ist.

Die durch die Fibrome des Zervix verursachten Urinbeschwerden, von Félix Legueu. Die Beschwerden, welche auf eine Funktionsstörung der Urethra und der Blase zurückzuführen sind und in einfacher Dysurie bis zu vollständiger Urinretention bestehen können, sind durch mehrere Ursachen bedingt. Die Blase wird entweder durch den Tumor in die Höhe gezogen und dabei die Urethra dadurch, daß der Meatus nicht nach oben folgen kann, auseinandergezerrt. Oder aber die Tumoren, besonders wenn sie nicht zu groß sind, komprimieren die Urethra direkt. In dem hier mitgeteilten Fall kam die Retention dadurch zustande, daß die hintere Blasenwand in breiter Fläche mit dem Tumor verwachsen war, so daß von einer Kontraktion keine Rede mehr sein konnte. Bei großen Tumoren kann ferner eine Störung der Ureterenfunktion und sekundäre Niereninsuffizienz hinzukommen, welche aber eher durch Elongation und Distension der Ureteren als durch Kompression zustande kommt.

Pathologisch-anatomische Untersuchung der totalen Blasenexstrophie, von André Hovelacque-Paris. Dem Verfasser standen für Abfassung der Arbeit 5 Fälle zur Verfügung, welche er benutzte, um einige bisher wenig beachtete anatomische Ver-

Digitized by Google

hältnisse bei Blasenexstrophie genauer zu untersuchen, und zwar besonders die Anomalien der Umbilikalgefäße, die Knochenmißbildungen und die Anordnung der Muskeln und Aponeurosen des Perineums. In allen von H. beobachteten Fällen fand sich eine beträchtliche Modifikation im Verlauf der Umbilikalarterien, welche besonders auch von chirurgischem Interesse ist, während die Umbilikalvene keine Veränderung bietet.

Der Artikel wird fortgesetzt.

Gleichzeitige Entwicklung eines Karzinoms und einer Tuberkulose an derselben Niere, von G. Marion. Bei einer 50jährigen Frau mit Pollakiurie, Hämaturien und starker Abmagerung wurden in dem mittels Urinseparators aufgefangenen Urin (der Katheterismus der rechten Niere war wegen Ödems der rechten Ureteröffnung unmöglich) aus der rechten Niere stammende Tuberkelbazillen festgestellt. In der daraufhin exstirpierten Niere fanden sich am oberen Pol ein Epithelioma vegetans mit Zylinderzellen und am unteren Pol Riesenzellen enthaltende Tuberkel.

Schnelldiagnose der Tuberkulose des Harnapparates vermittelst einer neuen Methode (Antigenreaktion im Urin [Debre und Paraf]), von Maurice Heitz-Boyer. Das Prinzip der Debré-Parafschen Reaktion basiert auf der Bordet-Gengouschen Komplementablenkung. Doch suchen die Verfasser nicht mehr die Antikörper, sondern das Antigen. Zur Reaktion wird gebraucht 1. ein hämolytisches Antihammelserum wie bei der Wassermannschen Reaktion, 2. gewaschene Hammelblutkörperchen (1 ccm auf 20 ccm physiologische Kochsalzlösung), 3. titriertes Meerschweinchenkomplement, welches folgendermaßen titriert wird: In vier Röhrchen kommt je

0,05	Komplement	0,20	hämolyt.	Serum	1	ccm	Hammelblut	in	Nr.	1
0,10	„	0,20	„	„	1	„	„	„	„	2
0,15	„	0,20	„	„	1	„	„	„	„	3
0,20	„	0,20	„	„	1	„	„	„	„	4

Dasjenige Röhrchen, das nach 20 Minuten Brutschrankaufenthalt Hämolyse zeigt, enthält die Komplementdosis, die zum Versuch benutzt wird.

4. Antikörper: Als solcher wird das antituberkulöse Serum von Vallée und Jousset verwandt, 5. der zu untersuchende Urin, der zum Teil unverändert, zum Teil mehrmals auf 60° erhitzt benutzt wird.

Aus folgender Tabelle ersieht man den Hergang der Reaktion: Man nimmt 1. elf Röhrchen mit vorher nicht erhitztem Urin. Es kommen in

	Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	Nr. 6—10	Nr. 11
Urin-Antigen . . .	0,2	0,4	0,6	0,8	1,0	dasselbe aber ohne Antikörper	dasselbe ohne Komplement
Antikörper	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3		
Komplement . . .	je nach gefundenem Titer						
NaCl ad	3	3	3	3	3		

2. In weitere 11 Röhrchen mit erhitztem Urin kommen dieselben Mengen.

Alle 22 Röhrchen kommen auf 2 Stunden in den Brutschrank. Dann wird eine vorher austitrierte Menge hämolytisches Serum und 1 ccm Hammelblutkörperchenaufschwemmung zugesetzt. Nach weiterem 20—25 Minuten dauerndem Aufenthalt im Brutschrank ist die Reaktion beendet. Die Röhrchen werden dann in den Eisschrank gestellt, bis die Blutkörperchen sich abgesetzt haben.

Handelt es sich um einen tuberkulösen Urin, so findet man in den ersten 11 Röhrchen (nicht erhitzter Urin) nur in Nr. 6—10 Hämolyse, während die übrigen Hemmung anzeigen, bei nicht tuberkulösem Urin hingegen tritt in allen Röhrchen Hämolyse auf. In der zweiten Serie von 11 Röhrchen, welche zur Zerstörung eventueller im Urin

Digitized by Google

präexistierender Antikörper erhitzt sind, müssen bei einem tuberkulösen Urin ebenfalls die Röhrchen 6—10 Hämolyse, die übrigen Hemmung zeigen. Würde man in beiden Serien ein vollständiges Fehlen der Hämolyse feststellen, so würde es sich um Eigenhemmung des Urins handeln, und für diese (seltenen) Fälle wäre die Reaktion unbrauchbar.

In 43 nach dieser Methode untersuchten Fällen fand sich 25 mal ein positives und 18 mal ein negatives Resultat. Von den 25 positiven Fällen konnte nur in zweien der Kontrollbeweis nicht geliefert werden, daß es sich tatsächlich um Tuberkulose handelte. Ebenso fehlte von den 18 negativen Fällen nur in einem einzigen der Kontrollbeweis. Diese Resultate sind jedenfalls ermutigend.

Die chronischen, schmerzhaften Nephritiden, von Felix Marsan. Eine bibliographische Studie über diejenigen chronischen Nephritiden, deren hauptsächliches und oft einziges Symptom der Schmerz ist. Der Verfasser unterscheidet eine perinephritische, eine kongestive, eine Brightische und eine hämaturische Form der Affektion. Als Therapie kommt hauptsächlich die Dekapsulation der Niere mit Fixierung derselben an den Kapselresten in Betracht, welche glänzende Resultate gibt. Die Nephrotomie soll nur für diejenigen Fälle reserviert werden, welche diagnostisch unsicher sind.

Gunsett-Straßburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Hautkrankheiten und Kosmetika, von G. Pernet-London. (Brit. med. Journ., 1911, 27. Mai.) Die vorliegende Besprechung findet sich in einer speziell dem Thema: Kurpfuscher und Kurpfuscherei gewidmeten Nummer des Brit. med. Journ. und schildert einige Schwindelmethoden des Altertums, des Mittelalters und der Neuzeit auf dem Gebiete der Hautverschönerung. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Vorurteile gegen Schminken, Haarentfernungs- und Haarfärbemittel, von R. Sabouraud. (La Clinique, 1911, Nr. 44.) Es ist unrichtig, daß Schminken, soweit sie kein Blei enthalten, die Gesichtshaut zerstören. Im Gegenteil schützen sie diese vor den Einflüssen der Witterung und erhalten sie länger frisch, als es eine ungeschminkte Haut ist.

Der Vorwurf, daß Haarentfernungsmittel die nachwachsenden Haare stärker machen, ist nicht gerechtfertigt. Die Haare werden mit dem Alter stärker, gleichgültig ob ein depilierendes Mittel angewendet wurde oder nicht.

Jedes Färbemittel macht die Haare etwas gebrechlicher. Wenn die Haare aber nicht zu oft damit mißhandelt werden und vor allem nicht zu grob mit H_2O_2 entfärbt werden, kann ein ernsterer Schaden leicht vermieden werden. Störungen des Allgemeinbefindens sind nicht beobachtet worden. Dagegen können die Färbemittel, die alle Paraphenylendiamin enthalten, lokal starke Rötung, Ödem, Jucken, ev. Ekzem hervorrufen. Die beschriebenen schwereren Störungen (Albuminurie usw.) sind nicht einwandsfrei beobachtet. Die lokalen Erscheinungen gehen bald zurück. Sie können vermieden werden, wenn man das Mittel drei Tage vor der Färbung auf eine kleine Stelle der Kopfhaut aufträgt und sieht, ob es vertragen wird, und wenn man der Prozedur sofort eine energische Seifenwaschung folgen läßt. Richard Frühwald-Leipzig.

Zu Sonnenkuren, von W. Winternitz-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 49, 7. Dez. 1911.) Der Artikel bietet kein spezielles dermatologisches Interesse. Verf. glaubt,

Digitized by Google

daß er eine Reihe Ekzeme, auch solche allgemeiner Ausbreitung und hartnäckiger Natur im Sonnenbade bei Abhaltung der chemischen Strahlen, durch Bedeckung mit einem feinfädigen seidenen hochroten Tuch, geheilt hat. W. Lehmann-Stettin.

Das Licht in der Kosmetik, von Kromayer-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1911, Okt.). Verf. berichtet über Erfolge der Quarzlampe bei Pigmentationen nach vorausgehender Entzündung; so hat er einen Fall von Chloasma uterinum der Stirn durch eine einzige Lichtentzündung geheilt. Ferner bei Akne, Komedonen, Sycosis simplex bzw. eitrigen Follikelaffektionen und chronischen, insbesondere seborrhoischen Ekzemen. Mit Recht hebt er die Haarwuchs befördernde Wirkung des Lichtes hervor. Ferner sollen häufig wiederholte Lichtentzündungen Keloide günstig beeinflussen. Die gefäßeinschmelzende Wirkung des Lichtes bei Teleangiektasien, Rosazea, Naevi vasculosi dürfte weitesten Kreisen bekannt sein. Arthur Schucht-Danzig.

Ein neuer Schutzverband bei der Lichtbehandlung der Hautkrankheiten, von M. Fürst-Hamburg. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 37.) Als eine sehr leicht zu handhabende und zuverlässige Schutzvorrichtung für die umgebende Haut bei der Lichtbehandlung von Hautaffektionen empfiehlt F. die ihm von der Firma Beiersdorf in Hamburg gelieferten Bleifolien, welche an der einen Seite mit Leukoplastmasse versehen sind. Man kann die Bleiplatten mit der Schere leicht zu der gewünschten Form und Größe zurechtschneiden, und jeder einzelne Patient bekommt seine eigene Platte, die dann mehrere Male Dienst leistet. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bogenlicht in der Medizin, von A. D. Rockwell-New York. (Med. Record, 28. Okt. 1911.) Verf. betont den nicht oft genug zu wiederholenden grundlegenden Unterschied zwischen dem Licht von Bogenlampen und dem von Glühlampen, bei denen schon das Glas die wirklich wirksamen ultravioletten Strahlen abfängt und nicht durchläßt. Mit dem Bogenlicht hat er gute Resultate bei Ekzem, Herpes Zoster und Rosazea gehabt. W. Lehmann-Stettin.

Beiträge zur physiologisch-pathologischen Wirkung und therapeutischen Anwendung der Radiumstrahlen, von Anna Tarapani. (Inaug.-Dissert., Zürich, 1910.) Nebst den Kankroiden erscheinen für die Radiumbehandlung am meisten geeignet die Naevi vasculosi, die flachen Teleangiektasien, sowie die prominenten, tumorartigen Angiome. Bei der Behandlung derselben soll die reaktive Entzündung den ersten Grad nicht überschreiten; die Heilung geht in der Weise vor sich, daß sich an Stelle des eingeschmolzenen Angioms eine wenig auffällige Narbe ausbildet. Nach Holzknecht eignen sich die Radiumstrahlen viel mehr als die Röntgenstrahlen zur Behandlung der Naevi vasculosi, da sie eine spezifische Wirkung auf die Zellen der Intima haben. Harte, prominente Angiome können mittels gesamter Strahlung behandelt werden, da die oberen Schichten sowieso zerstört werden müssen. Bei flachen Teleangiektasien wird eine sukzessive Bestrahlung des in Felder geteilten Angioms vorgenommen; die prominenten Angiome werden von mehreren Seiten „ins Kreuzfeuer genommen". Kromayer, der 40 Fälle von Angiomen verschiedener Art und Ausdehnung mit Licht und Radium behandelte, findet, daß die kleinen roten „arteriellen" Nävi am meisten für die Radiumtherapie geeignet sind. Viel schwieriger und mühevoller ist die Behandlung der mit Kavernomen verbundenen Angiome. Schlechte Erfolge der Radiumbehandlung hat Schlesinger in einigen von ihm behandelten Fällen beobachtet. Die Angiome heilten mit großen weißen Narben, die noch manchmal blau durchschimmerten. Die ganz kleinen Naevi vasculosi erfordern eine wiederholte und längere Bestrahlung, es treten oft Pigmentierungen auf. Doch geben sie, wie die größeren Angiome, in kosmetischer Hinsicht gute Resultate. Nach Radiumbehandlung zurückbleibende Pigmentationen

Digitized by Google

und Teleangiektasien lassen sich am besten durch Lichttherapie entfernen. Auch bei Narbenkeloiden und einigen Fällen von Sklerom sah man von der Radiumbehandlung günstige Resultate. Die Keloide müssen einige Wochen in Abständen von mehreren Tagen, je 15—20 Minuten lang bestrahlt werden. Fritz Loeb-München.

Die biologische Wirkung des Radiums, von W. A. Pusey-Chikago. (Science, 30. Juni 1911). Nichts Neues. W. Lehmann-Stettin.

Über Radiumbehandlung, von Adolf Kozerski. (Medycyna i Kron. lek., 1911, Nr. 28.) Nach kurzer Besprechung der physiologischen und chemischen Eigenschaften des Radiums und dessen Einwirkung auf normales und pathologisches Gewebe, schildert Verf. an der Hand ausgezeichneter Abbildungen der von ihm behandelten Kranken die Art und Weise der praktischen Anwendung des Radiums in der Therapie der Hautkrankheiten und stellt das von ihm gebrauchte Instrumentarium (von Armel de l'Isle) vor.
Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Radium: Seine Heilwirkung bei Mäusekrebs (Adeno-Carcinoma), von H. Lawrence-Melbourne. (The Australian med. Journ., 20. Juli 1910.) Interessante Beobachtungen mit photographischen Belegen; wie alle anderen Arbeiten über Radium ohne besonderen Wert für den Praktiker, solange Radium nur einigen Auserwählten vorbehalten ist. W. Lehmann-Stettin.

Radium gegen Angiome, von Achille Breda. (Clinic. Dermatosyphilit. Universit. Padova.) Gute Erfolge bei neun Kindern und zwei Erwachsenen. Mit einer Platte Radiumbromid von 500000 Radioaktivität und 1 cm Umfang, die er auf die Ohrmuschel eines Kaninchens vier Stunden applizierte, erhielt er eine Gefäßinfiltration des äußeren und auch des inneren Blattes, schon nach 24 Stunden, während die Kartilago unverletzt blieb. Beim Menschen fand er unter analogen Verhältnissen schon am dritten Tage eine deutliche Gefäßerweiterung und Exsudation in der Papillarzone, weniger im Stratum subpapillare. Haas-Hamburg.

Über die Wirkung weicher Strahlen, von Frank-Schultz-Berlin. (Verhandl. Dtsch. Röntgen-Gesellsch. VII.) Prüfung von Röntgenröhren, die aus dem neuen Lindemannschen Glas hergestellt sind. Das durchlässige Glas erlaubt überweiche Strahlen in größerer Intensität außerhalb der Röhre zu benutzen. „Das spezifische Gewicht des neuen Körpers überzeugt mich davon, daß das spezifische Gewicht für die Absorption der Röntgenstrahlen nicht maßgebend ist." Das Hauptgebiet für die überweichen Strahlen sind die Naevi flammei. W. Lehmann-Stettin.

Über gleichmäßige Röntgenbestrahlung größerer Hautbezirke, von R. Koppel und **Anhang zur Koppelschen Arbeit,** von Levy-Dorn. (Derm. Ztschr., Bd. 18, Ergänzungsheft.) Koppel hat eine Formel bestimmt, mit deren Hilfe man die Vorteile der mehrstelligen Bestrahlung ausnützen und in jedem Falle die notwendige Bestrahlungszeit bestimmen kann.

Levy-Dorn fügt noch einige Erläuterungen hinzu.
Richard Frühwald-Leipzig.

Über ein direkt zeigendes elektrisches Röntgenstrahlen-Energiemeter, von Carl Berz-Berlin.

Exakte Dosierung therapeutischer Voll- und Teildosen und praktische Eichung einer Röntgenröhre, von Fr. Klingelfuss-Basel.

Über die Methode von Klingelfuss für die Messung der Quantitäten der X-Strahlen, von A. Jaubert de Beaujeu.

Über Röntgenstrahlendosierung, von R. Fürstenau-Berlin.

Digitized by Google

Das Qualimeter, von Heinz Bauer-Berlin. (Verhandl. Dtsch. Röntgen-Gesellschaft VII.) Diese außerordentlich interessanten Arbeiten sind für den Röntgentherapeuten ebenso wichtig wie die daran anschließende, in den „Verhandl." mitpublizierte Diskussion. W. Lehmann-Stettin.

Die Gefahren der Röntgentherapie der Hautkrankheiten, von F. Zinsser-Köln. (Med. Klinik, 1911, Nr. 42.) Verf. wendet sich gegen die Auffassung Josephs, daß Psoriasis, Ekzem und andere Dermatosen, die mit anderen Mitteln gut zu beeinflussen seien, nicht Gegenstand der Röntgentherapie sein sollten wegen derer relativen Gefährlichkeit. Bei den von Joseph angeführten Fällen liegt teilweise ein Kunstfehler vor, und es sei an der Ungefährlichkeit einer sorgfältigen Röntgenbehandlung festzuhalten. Arthur Schucht-Danzig.

Die unipolare Arsonvalisation der Haut als Vorbehandlung nachfolgender Röntgenbestrahlung, von C. Kaestle-Neuwittelsbach. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 47.) Die Frage, ob die Arsonvalisation sensibilisierend oder desensibilisierend auf die Haut wirke, ist von verschiedenen Verfassern in verschiedener Weise beantwortet worden. K. kommt auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen an Kaninchen und an Menschen zu dem Resultat, daß eine solche Applikation in allen Fällen sensibilisierend wirkt. Eine Desensibilisierung ließ sich niemals erreichen. Deshalb ist auch das Verfahren als Vorbehandlung bei Röntgenbestrahlung bei tiefer gelegenen (etwa inoperabelen) Tumoren niemals indiziert. Philippi-Bad Salzschlirf.

Adrenalinanämisierung als Hautschutz in der Röntgentherapie, von K. Reicher und E. Lenz-Berlin. (Verhandl. Dtsch. Röntgen-Gesellsch. VII.) Kurz vor der Röntgenstrahlensitzung werden 0,3—1,0 ccm einer 1‰ Adrenalinlösung (Takamine) mit 3 bis 4 ccm einer Mischung von ½% Novokain und 0,9% NaCl verdünnt. Die Haut der zu bestrahlenden Körperregion wird mit Äther gereinigt und die bereitete Lösung durch mehrere Einstichstellen intra- und subkutan injiziert, bis eine gleichmäßige intensive Blässe der Haut erzielt ist. Auf die so vorbereitete anämisierte Hautregion wird in der ersten Sitzung eine Erythemdosis gegeben, die am folgenden Tage nach gleicher Vorbereitung wiederholt wird. In der Regel bleibt die Haut trotz der hohen Dose reaktionslos und nach Abwarten der 14—18tägigen Latenzzeit kann man eine neue Behandlung folgen lassen. W. Lehmann-Stettin.

Eine neue Hochfrequenzelektrode, von Felix Davidson-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 43.) Der Verfasser ließ eine Elektrode herstellen, die den Vorteil hat, daß keine Funken auf den Patienten mehr überspringen, und daß sich die Ansätze beliebig gestalten und rasch auswechseln lassen. Auch ihre Desinfektion läßt sich bequem bewerkstelligen. Auf diese Weise ist besonders die Schleimhautbehandlung wesentlich erleichtert. Durch die starke Ozonentwicklung im Verein mit der Hyperämie, lassen sich z. B. bei Nasenlupus gute Resultate erzielen. Gunsett-Straßburg.

Die Prinzipien der Vakzinetherapie, von Hans Reiter-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 27.) Verfasser wendet sich gegen verschiedene Auffassungen Schindlers über die Vakzinetherapie, insbesondere auch gegen dessen Ansicht, daß es gleich sei, wie man immunisiere und daß der eine den großen, der andere den kleinen Dosen den Vorzug geben werde.

Jedes Schematisieren ist bei der Vakzinetherapie zu verwerfen. Das therapeutische Vorgehen soll von dem Bestreben geleitet sein, eine möglichst kleine negative und eine möglichst große positive Phase zu erzeugen. Ihre Feststellung kann anstatt durch serologische Untersuchung in der Praxis durch klinische Beobachtung geschehen (Zunahme von Schmerzen, Ausfluß, Entzündungserscheinungen, Auftreten von Kopfweh, Müdigkeits-

Digitized by Google

gefühl, Temperatursteigerung). Das Hauptindikationsgebiet für die Vakzinetherapie bilden die streng lokalisierten Infektionen, wie Erysipel, Arthritis, Adnexerkrankungen, blennorrhoische Komplikationen, Koliinfektionen der Harnwege. Außerdem sind geeignet: Furunkel, Akne, Sykosis, Hauttuberkulose u. a. Allgemeininfektionen sind für den Praktiker auszuschließen. Eigenvakzin ist stets vorzuziehen, bei blennorrhoischen Komplikationen ist die Verwendung von polyvalenter Vakzine gerechtfertigt. Die Anfangsdosis soll so klein sein, daß die negative Phase nicht länger als 24 Stunden dauert; Wiederholung nicht vor dem fünften Tag. Arthur Schucht-Danzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über die sogenannte Heilung der Bilharziosis durch Salvarsan, von A. Loos-Kairo. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 2.) Die Salvarsanbehandlung ist bei Bilharziosis zu widerraten, wenn dadurch die Embryonen des Distoma haematobium in den Eiern getötet werden, ohne die Hülle der Eier zu zerstören. Damit würde die Verkalkung der Eier — das ist das Schädigende bei Bilharziosis, nicht die Würmer selbst! — beschleunigt werden, und der Kranke dadurch später schwerer krank werden.

V. Caesar-Dresden.

Der Circulus vitiosus bei Hautkrankheiten, von J. B. Hurry-Reading (Brit. med. Journ., 30. Dez. 1911). Ohne etwas wesentlich Neues zu bringen, gibt der Artikel eine hübsche Zusammenstellung von Dermatosen, welche durch einen obwaltenden Circulus vitiosus immer mehr in die Länge gezogen werden, wie z. B. das Ekzem als Juckreiz wirkt und durch das dadurch angeregte Kratzen wiederum weiter ausgebreitet wird usw. Die Liste solcher Anomalien ist in der Tat eine große.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Apparat zur intravenösen Salvarsaninjektion mit vorhergehender und nachfolgender Kochsalzlösung, von W. B. Dakin-Chicago. (Journ. amer. med. assoc., 1912, Nr. 2.) Beschreibung eines neuen Apparates, der aus zwei Glasgefäßen, mehreren Glashähnen, zahlreichen Gummi- und Glasröhren besteht und verschiedene Vorteile aufweisen soll. (Auch in Amerika scheint man sich noch nicht allgemein zur Ansicht durchgerungen zu haben, daß je einfacher, desto besser das Instrumentarium ist. Ref.)

Fendt-Wiesbaden.

Verschiedenes.

Prof. G. Mazza (Modena) übernimmt an Stelle des nach Genua berufenen Prof. A. Ducrey die dermatologische Lehrkanzel zu Pisa.

Priv.-Doz. Dr. Dalla Favera, bisher Assistent der dermatologischen Klinik in Parma, ist nach Bologna als Assistent der Klinik von Prof. Majocchi übersiedelt.

Prof. M. v. Zeissl wurde zum zweiten Vizedirektor des Kaiser Franz Josef-Ambulatorium in Wien gewählt.

Dr. Frank Pierce Foster, Herausgeber des New York Medical Journal und Mitbegründer der New York Dermatological Society, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Takenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

16. März 1912 | Nr. 11 | Band 54

Aus der Dermatologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Mannheim.
(Chefarzt: Dr. H. Lorb.)

Erfahrungen mit Gonokokken-Vakzine Arthigon.

Von

Dr. Paul Dorn.

(Mit 3 Kurven.)

Die spezifische Behandlung der Gonorrhöe in Gestalt der passiven Immunisierung hat sich nicht zu behaupten vermocht, dagegen in Gestalt der Vakzination Erfolge gezeitigt, die eine allgemeinere Anwendung angezeigt erscheinen lassen. Vor allem sind die Erfolge bei Behandlung gonorrhoischer Komplikationen, wie Epididymitis, Arthritis als ausgezeichnet zu bezeichnen.

Nachdem die spezifische Therapie von England und Amerika aus inauguriert war, hat von deutscher Seite zunächst Bruck, Schindler u. a. nach Ablehnung der passiven Immunisierung Studien mit der aktiven Immunisierung, mit der Vakzination, gemacht. Es sei hier nur auf die Arbeiten Brucks als für uns am grundlegendsten verwiesen. Er berichtete im März 1909 über Eindrücke[1]), die er erhalten hatte, ohne damals noch ein definitives Urteil zu fällen. Die Resultate der Vakzination waren günstig bei Epididymitis, Arthritis und Vulvovaginitis.

Über 1 Jahr später berichtet Bruck über weitere günstige Erfahrungen[2]) mit Gonokokkenvakzine. „Unsere Erfahrung lehrt, daß die Vakzinebehandlung äußerst günstige Resultate bei zwei gonorrhoischen Komplikationen liefert, bei der Arthritis und Epididymitis gonorrhoica."

An der hiesigen Dermatologischen Abteilung wurde seit Juni 1911 die Vakzination in die Gonorrhöetherapie einbezogen und zwar zunächst bei den bisher als geeignet erkannten Komplikationen. Bald darauf schritten wir auch zur Behandlung der Zervikalgonorrhöe. Besonders hervorgehoben seien aus unserem Material Fälle von ausgesprochenen Exsudatbildungen bei aszendierender Gonorrhöe des Weibes, ferner Fälle katarrhalischer und parenchymatöser Prostatitis.

---

[1]) Deutsche mediz. Wochenschrift, 1909.

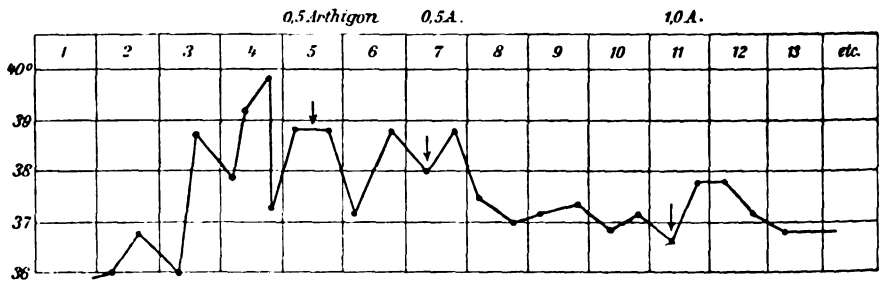
[2]) Mediz. Klinik 1910.

Digitized by Google

Zur Verwendung kam das nach Angaben Brucks dargestellte Präparat, das unter dem Namen Arthigon im Handel erscheint. Es enthält 20 Mill. Gonokokken im Kubikzentimeter.

Die Vakzine wird tief intraglutäal injiziert. Die Injektion an und für sich ist schmerzlos. Nierenschädigung wurde auf der Abteilung nie beobachtet. Dagegen stellte sich bei einem Fall aus der Privatpraxis meines Chefs nach der zweiten Injektion eine ziemlich beträchtliche Albuminurie ein, die nach Aussetzen der Injektionen bald wieder verschwand.

Was die Indikationsstellung für die einzelnen Injektionen anlangt, so hielten wir uns an die von Bruck gegebenen Richtlinien. Es wurde daher Arthigon zunächst nur bei entfieberten Patienten angewandt. Bruck sagt ausdrücklich: „Kontraindiziert ist die spezifische Behandlung bei fiebernden Fällen, da die Vakzineinjektionen selbst Fieber hervorrufen".



Kurve 1.

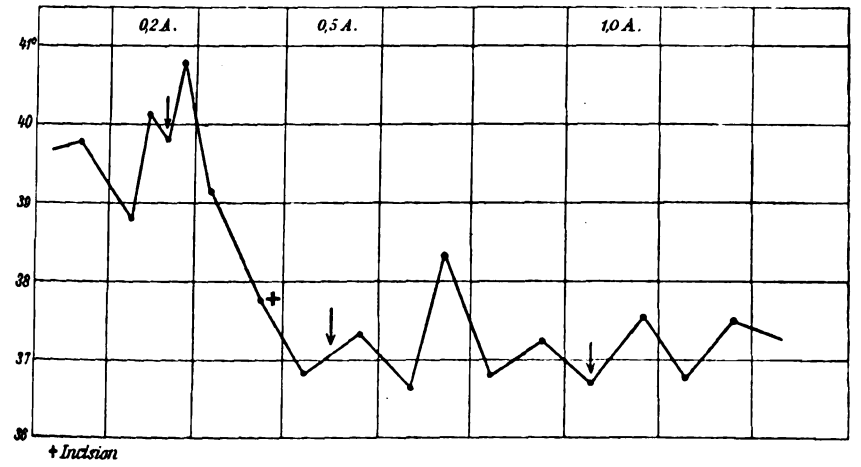
In 2 Fällen von akuter parenchymatöser Prostatitis wurde jedoch während des Fiebers (bei 38,8° und 40,1° C) injiziert. In beiden Fällen am frühen Nachmittag. Es konnten keine unangenehmen Nebenerscheinungen beobachtet werden.

Bei dem einen Fall stieg das Fieber am nämlichen Tag nicht höher an als am vorhergehenden. Der Patient fühlte sich am folgenden Morgen allgemein sichtlich wohler. Das Fieber fiel im Laufe der nächsten Tage lytisch ab (vgl. Teil der Kurve).

Der andere Fall kam im Laufe des Nachmittags zur Aufnahme. Prostata in beiden Lappen gleichmäßig vergrößert, im ganzen über kleinapfelgroß, Temperatur 39,8°. Am folgenden Morgen der gleiche Befund. Keine deutliche Erweichung, Temperatur 38,9°, 4 Uhr nachmittags 0,2 Arthigon bei 40,1°. Die Temperatur stieg gegen 10 Uhr abends noch bis auf 40,8°, um im Laufe des nächsten Tages bis auf 37,6° abzusinken. Am anderen Morgen betrug die Temperatur 36,8°. Von diesem Morgen ab blieb die Temperatur dauernd zwischen 37 und 38°.

Digitized by Google

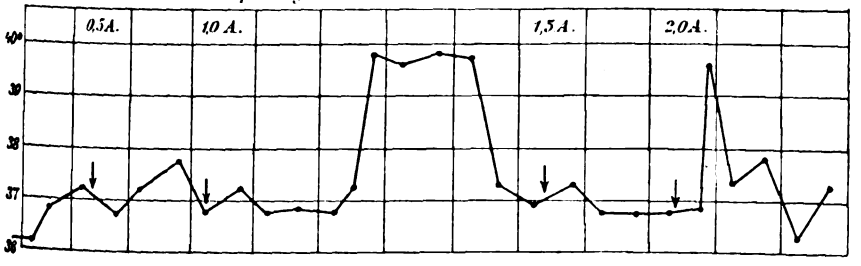
Allerdings war an jenem dritten Krankheitstag noch eine Inzision vom Rektum aus gemacht und ein Abszeß in der Tiefe entleert worden. (Abends 6 Uhr bei einer Temperatur von 37,7°). Kleine Temperaturanstiege traten in der Folgezeit nur im Anschluß an Arthigoninjektionen auf.



Kurve 2.

Auffallend ist in beiden Fällen der Temperaturabfall nach der Injektion, und man muß ihn meines Erachtens in Zusammenhang mit der Injektion bringen, wenn es sich auch aus diesen zwei Fällen nicht strikte behaupten läßt.

Epididymitis sinistra acuta.



Kurve 3.

Lokal wird Arthigon fast ausnahmslos gut ertragen, die meisten Patienten haben keine unangenehmen Empfindungen an der Injektionsstelle, hier und da ein leichtes Druckgefühl.

In einigen Fällen wurde am Tage nach der Injektion ein umschriebenes Erythem von zirka Handtellergröße beobachtet, ohne daß es durch Liegen des Patienten auf der betreffenden Glutäalhälfte entstanden

Digitized by Google

wäre. Bei einer Patientin allerdings traten bei jeder Injektion stärkere Begleiterscheinungen auf, so daß sie nur schwer zu einer Neuinjektion bewegt werden konnte. Schon etwa 1 Stunde nach der Injektion setzten starke Schmerzen an der Injektionsstelle ein, die es der Patientin unmöglich machten auf dem Rücken zu liegen und einmal 3 Tage lang anhielten. Jedesmal ließ sich auch eine leichte Infiltration der Tiefe durchpalpieren.

An Allgemeinreaktion ist wichtig die Fieberreaktion. Nach dieser Richtung hin können wir unser Material fast ausnahmslos in zwei Gruppen teilen.

Deutliche Reaktion zeigten:

Epididymitis, Adnexerkrankungen, Exsudate.

Schwache oder keine Reaktion:

Zervikalgonorrhöen.

Wenn Schmitt in einer Arbeit vom 10. Oktober in der Münch. med. Wochenschr. mitteilt, daß bei der spezifischen Behandlung der Zervikalgonorrhöe zunächst die Beeinflussung der Temperaturkurve hervortritt, daß er Temperatursteigerungen bis zu 38,9° beobachtete, so konnten wir derartige Reaktionen nicht auslösen. In einer kleinen Anzahl von Fällen trat allerdings vorübergehend eine leichte Temperaturerhöhung ein, die aber nicht viel über 37,5° betrug. Es handelte sich dabei aber um Fälle reiner Zervikalgonorrhöe, bei deren klinisch keine Veränderungen an den Tuben und Ovarien festgestellt werden konnten. Intensiver reagierten die Fälle, die mit Adnexerkrankungen oder mit Exsudatbildungen verbunden waren. Hier konnten Temperaturanstiege bis 38,5° beobachtet werden.

Was die Beeinflussung der Temperaturkurve bei der Epididymitis anlangt, so decken sich unsere Erfahrungen mit den bis jetzt gemachten im großen und ganzen. In fast keinem Fall läßt sich eine Reaktion vermissen. Eine Regelmäßigkeit im Auftreten derselben scheint nach unseren Kurven nicht stattzufinden. In der Mehrzahl der Fälle trat die Temperaturerhöhung nach 6—8 Stunden auf.

Im Gegensatz zu den Angaben Schindlers[1]) haben wir aber des öfteren am folgenden Tag noch Nachreaktionen gesehen, manchmal überhaupt erst eine Spätreaktion nach 24 und sogar erst nach 48 Stunden. Von Interesse dürfte folgende Kurve sein, bei der nach der zweiten Injektion von 1,0 Arthigon nach 48 Stunden eine 2 Tage lang anhaltende Temperatursteigerung auf 39,5—39,7° auftrat verbunden mit lumbagoähnlichen Schmerzen in der Lendenmuskulatur.

---

[1]) Berliner klinische Wochenschrift.

Digitized by Google

Die Gesamtzahl der mit Arthigon behandelten Fälle beträgt 70. Davon entfallen auf:

Zervikalgonorrhöe	33
Epididymitis	20
Ausgesprochene Adnexerkrankungen und Exsudate	3
Prostatitis	8
Arthritis gonorrhoica	3
Vulvovaginitis	1
Cystitis gonorrhoica	2

Am augenfälligsten waren die Erfolge bei der Epididymitis; als geheilt ohne nachweisbare Veränderungen am Nebenhoden konnten 18 von 20 Fällen entlassen werden.

Bei einem Fall blieb nach der raschen Rückbildung ein zirka erbsengroßer derber Knoten zurück, der aber nach Angabe des Patienten schon vor der Erkrankung bestanden haben soll. Bei dem anderen Fall handelte es sich um das Überspringen des Prozesses auf den anderen Nebenhoden, nachdem der ursprünglich erkrankte unter Arthigon zur Heilung gekommen war. Die Epididymitis rechts kam trotz neuerlicher Injektion nicht zur restlosen Ausheilung. Es blieb eine diffuse Verdickung des ganzen Organs zurück, die weiter noch mit Thermopenetration behandelt wurde.

Nachfolgend sei eine Krankengeschichte mitgeteilt, die, was Dauer des Rückbildungsprozesses und Endeffekt anlangt, ein ideales Resultat der spezifischen Behandlung zeigt.

Infektion vor 3 Monaten, Symptome des Harnröhrentrippers seit Wochen verschwunden, seit 8 Tagen Schmerzhaftigkeit und Schwellung des rechten Nebenhodens, die in den beiden letzten Tagen so stark wurde, daß Patient nicht mehr gehen konnte. Am Morgen des Aufnahmetages erhielt er vom Arzt eine Morphiuminjektion.

26. X. Befund: Fast hühnereigroßer Nebenhoden; äußerst druckempfindlich, keine Sekretion aus der Urethra. Temperatur 37,5°.
0,5 Arthigon, gegen Abend 38,4°.
27. X. Schmerzhaftigkeit bedeutend geringer.
29. X. 1,0 Arthigon.
30. X. Nebenhoden wesentlich zurückgebildet, keine Schmerzhaftigkeit mehr.
31. X. 1,5 Arthigon.
2. XI. Beide Nebenhoden gleichgroß, kein Infiltrat, 2,0 Arthigon.
3. XI. Geheilt entlassen.

Es war also der Prozeß, der in intensivster Ausbildung zur Aufnahme kam, innerhalb 7 Tage unter 4 Injektionen restlos zur Heilung gekommen.

Wenn auch nicht alle Fälle von Epididymitis in solch kurzer Zeit geheilt werden, so ist doch der Gesamteindruck von dieser Art der Therapie, wo neben den Injektionen keine weitere Behandlung mehr nötig ist, doch ausgezeichnet. Mit Ausnahme der zwei oben erwähnten

Digitized by Google

Fälle ging der Prozeß in längstens 18 Tage in Heilung aus. Hervorzuheben ist auch, daß sich die Patienten nach der zweiten Injektion, die ungefähr 2 Tage nach der ersten erfolgen kann — es richtet sich der Zeitpunkt nach dem Abklingen der Fieberreaktion — subjektiv vollkommen beschwerdefrei fühlen. Eine Steigerung der subjektiven Beschwerden und eine Zunahme der entzündlichen Schwellung nach der ersten Injektion konnte wiederholt beobachtet werden.

Auf einen Erfolg möchten wir noch besonders hinweisen, der als regelmäßiger Befund sich unseres Wissens nirgends erwähnt findet.

Die Patienten, die neben der Epididymitis an starkem Harndrang litten, bei denen Urin I und II stark getrübt war, also Symptome einer ausgesprochenen Urethritis posterior boten, verloren nach der zweiten, unter Umständen schon nach der ersten Injektion regelmäßig diese beiden Symptome. Der Urin wurde absolut klar in allen Portionen und blieb es auch.

Auch Fälle gonorrhoischer Zystitis wurden günstig beeinflußt. — Unsere Fälle von Arthritis gonorrhoica (3) heilten vollkommen aus. In dem einen Fall handelte es sich um eine Monarthritis des rechten Kniegelenks mit Exsudat, das einmal punktiert wurde, in dem anderen Fall um schmerzhafte Schwellungen des rechten Schulter- und Handgelenks, im dritten Fall um eine solche des rechten Handgelenks.

Prostatitis mit Eiter- und Gonokokkengehalt des Prostatasekrets, hatten wir einige (6) Male der Arthigonbehandlung unterzogen, ohne anscheinend einen wesentlich fördernden Einfluß auf das Verschwinden der Eiterkörperchen und der Gonokokken auszuüben. Bei einem Fall fanden sich nach fünf Injektionen immer noch Gonokokken und mäßig viele Leukozyten, auch nach der sechsten Injektion immer noch Leukozyten. Der Patient, der sich subjektiv wohl fühlte, keine Symptome eines Harnröhrentrippers (nach lokaler Behandlung mit Silberverbindungen) mehr bot, ließ sich zu längerem Krankenhausaufenthalt nicht bewegen, so daß über den weiteren Verlauf nichts mehr berichtet werden kann.

2 Fälle von akuter parenchymatöser Prostatitis habe ich anläßlich der Besprechung der Fieberreaktionen bereits erwähnt. In beiden Fällen war die Temperatur nach der ersten bzw. nach der zweiten Injektion abgesunken. Ob irgend ein anderer Einfluß trotz weiterer Behandlung mit Arthigon erzielt wurde, läßt sich für beide Fälle nicht entscheiden. In dem einen Fall kam es, wie die Punktion zeigte, nach mehreren Tagen doch noch zu einer Abszedierung, während bei dem anderen ein Abszeß vom Rektum aus schon am dritten Tag nach der Aufnahme inzidiert werden mußte. Jedenfalls scheint ein deutlicher Erfolg ebensowenig wie bei der katarrhalischen Form erzielt worden zu sein.

Digitized by Google

Seit September bezogen wir auch die Zervixgonorrhöe in die spezifische Behandlung mit ein, es beträgt die Zahl der behandelten Fälle 33. Von jeder intrauterinen Behandlung wurde Abstand genommen.

Der Gesamteindruck unserer Resultate ist ein günstiger. In der Mehrzahl der Fälle schwand der Eitergehalt des Sekrets innerhalb 3 Wochen. Es wurde glasig, schleimig; Gonokokken konnten trotz genauer mikroskopischer Untersuchung innerhalb 14 Tagen nach dem letzten Verschwinden nicht wieder gefunden werden. Ob diese Fälle wirklich als geheilt zu betrachten sind, läßt sich nicht behaupten, da an der Abteilung aus äußeren Gründen die Patienten sich nur schwer zu längerer Beobachtung halten und ambulante Nachuntersuchungen sich nicht durchführen lassen.

Unter diesen 33 Fällen hatten wir ebenso wie das auch Schmitt[1]) angibt, ausgesprochene Mißerfolge (6), bei denen innerhalb 8 Wochen die Gonokokken entweder überhaupt nicht zum Verschwinden kamen, trotzdem nach Abschluß der ersten Kur (vier Injektionen) noch zwei weitere Injektionen von je 2 ccm gemacht wurden, oder bei denen nach zeitweisem Verschwinden zum Schlusse doch wieder Gonokokken gefunden wurden.

Immerhin scheint ein großer Teil günstig beeinflußt zu werden. Auch wir haben die Überzeugung gewonnen, „daß in einer gewissen Anzahl der Fälle eine Heilung erreicht worden, und diese auf Rechnung der Vakzine zu setzen ist“[2]).

Unsere Erfahrungen über Behandlung der Adnexerkrankungen erstreckt sich nur auf 3 Fälle. In keinem blieb ein Erfolg aus. Dauerheilung haben wir allerdings nur in einem Falle erzielt. Bei letzterem handelte es sich um eine linksseitige Adnexitis (Gonokokken im Zervikalsekret) bei der es neben dem entzündlichen Adnextumor noch zu einem Exsudat mäßigen Grades im Douglas gekommen war. Nach 14 Tagen war das Exsudat vollkommen resorbiert, die Adnexentzündung abgeklungen, Gonokokken fehlten bei viermaliger mikroskopischer Untersuchung. Die Entlassung liegt 4 Monate zurück, Patientin ist bis jetzt vollkommen beschwerdefrei.

Ein ähnliches Resultat zeigt der nächste Fall:

Seit Anfang Oktober stärkere Schmerzen im Leib.

10. X. Abdomen nicht aufgetrieben, Blasengegend und beiderseitige Ovarialgegend äußerst druckempfindlich, Uterus anteflektiert, sehr druckempfindlich. Im linken Parametrium gegen die Adnexgegend sich erstreckend, ein ödematöses Exsudat. Gonokokken in Menge im Urethral- und Zervikalsekret.
0,5 Arthigon.

[1]) Münchener mediz. Wochenschrift, 1911.

[2]) Schmitt, Münchener mediz. Wochenschrift, 1911.

Digitized by Google

12. X. In der Ruhe wenig Schmerzen, dagegen beim Sitzen.
1,0 Arthigon.
15. X. 1,5 dto.
18. X. Durch die Bauchdecken links ein parametritisches Exsudat zu fühlen.
22. X. Exsudat noch durch die Bauchdecken zu palpieren, nimmt an Größe und Druckempfindlichkeit ab.
24. X. 1,5 Arthigon.
25. X. Linke Bauchgegend noch druckempfindlich, man glaubt noch eine Resistenz zu fühlen.
30. X. 2,0 Arthigon.
6. XI. Exsudat fast resorbiert (vaginaler Befund).
7. XI. Menses.
14. XI. Keinerlei Beschwerden, keine Druckempfindlichkeit mehr, Exsudat vollkommen resorbiert.

Es war also ein Exsudat von so beträchtlicher Größe, daß es durch die äußeren Bauchdecken zu palpieren war, innerhalb 4 Wochen fast vollkommen resorbiert, nach knapp 5 Wochen vollkommen verschwunden.

Im dritten Fall handelt es sich ebenfalls um eine akute einseitige Adnexentzündung, die nach vier Injektionen vollkommen abgeheilt zu sein schien, 2 Wochen später aber rezidivierte; dabei traten wieder massenhaft Gonokokken im Zervikalsekret auf.

Bei keinem unserer Fälle, die mit Urethralgonorrhöe einhergingen, konnte ein Verschwinden der Gonokokken aus dem Sekret konstatiert werden; ebensowenig wurde ein Fall von Vulvovaginitis eines 4jährigen Mädchens nach dieser Richtung hin günstig beeinflußt. Wohl trat nach einer anfänglich vermehrten Sekretion eine auffallende Abnahme des Fluors nach der zweiten Injektion auf, Gonokokken fanden sich aber nach bis jetzt fünfwöchentlichem Aufenthalt, während welcher Zeit das Kind fünf Injektionen erhalten hatte, noch in großer Menge.

Zusammenfassung:

I. Unangenehme Nebenerscheinungen traten bei der Vakzinebehandlung nur ausnahmsweise auf.

II. Mit deutlichen Temperatursteigerungen reagierten diejenigen gonorrhoischen Prozesse, die mit ausgesprochenen entzündlichen Erscheinungen einhergingen.

Bestehendes Fieber scheint keine Gegenindikation gegen die Injektion zu sein, im Gegenteil scheint ein Temperaturabfall durch die Vakzine bewirkt werden zu können.

III. Die Resultate sind sehr gut bei Epididymitis, Arthritis. Ermunternd bei Zervikalgonorrhöe; bei Prostatitis schwinden die subjektiven Beschwerden, vermindern sich die Leukozyten, klärt sich der Urin, während die Gonokokken nicht zum Verschwinden kommen; bei Urethralgonorrhöe vermissen wir jeden Einfluß.

Digitized by Google

Wie aus den auch hier gewonnenen Resultaten hervorgeht, ist der Heilungseffekt der Vakzine gebunden an das Vorhandensein ausgesprochen produktiv entzündlicher Prozesse, während Prozesse, die unter dem Bild des Schleimhautkatarrhs verlaufen, nicht beeinflußt werden. Die Zervikal- und Uterusgonorrhöe nimmt nach dieser Richtung hin keine Ausnahmestellung ein, denn bei ihr handelt es sich doch um mehr oder minder chronische endometritische und metritische Veränderungen des Organismus.

Bruck, der zuerst auf diese Erscheinung hingewiesen hat, hat den Begriff des gonorrhoischen Gewebes geprägt und angenommen, daß das Vakzin eine die Heilung herbeiführende spezifische Reaktion des gonorrhoischen Gewebes auslöst. Schindler[1]) sucht dann diese Behauptung weiter zu begründen, indem er zu zeigen bemüht ist, daß es infolge reichlichen Untergangs von Gonokokken in abgeschlossenen Herden zur Bildung von Gonokokkenantigen und Antikörpern kommt, während bei den oberflächlichen Schleimhauterkrankungen die Gonokokken viel zu rasch nach außen eliminiert werden, um es zu dieser biologischen Reaktion kommen zu lassen.

Cutis verticis gyrata.

Von

Privatdozent Dr. med. Hans Vörner, Leipzig.

Auf dem neunten Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft zu Bern stellte Jadassohn[2]) einen 40jährigen Patienten vor, bei welchem die Haut am Hinterkopf nicht wie gewöhnlich glatt gespannt, sondern in unregelmäßige Falten von etwa $^3/_4$—$1^1/_2$ cm Breite gelegt ist. Dieselben sind flach, gewölbt und in den lateralen Partien mehr gerade von oben nach unten, zentral mehr schräg und unregelmäßig verlaufend. Schiebt man die Kopfhaut seitlich zusammen, so tritt das Verhältnis zwischen Furchung und Wulstung noch deutlicher hervor. Farbe, Konsistenz, Haarbestand und Sensibilität sind im Bereiche der Veränderung nichts anderes als auch in den übrigen normalgespannten Teilen der Kopfhaut. Die Affektion ist durch einen Zufall entdeckt und hat sich ohne vorausgehende nachweisbare Ursache entwickelt.

Jadassohn ist der Ansicht, daß die bisher unbeschriebene Affektion eine kongenitale Entwicklungsaffektion darstelle und an Ähnlichkeiten mit der

---

[1]) Berliner klinische Wochenschrift.

[2]) Jadassohn, Eine eigentümliche Furchung, Erweiterung und Verdickung der Haut am Hinterkopf. IX. Kongreß der Deutsch. Derm. Ges. zu Bern 1906, S. 451.

Digitized by Google

Haut der Tiere zu denken sei. Da es sich um ein zirkumskriptes Plus von normalem Kutisgewebe handele, so würde sich gegen die Einreihung der Anomalie in das große Gebiet der Nävi prinzipiell kaum etwas einwenden lassen.

Schon in der dem Vortrage Jadassohns nachfolgenden Diskussion konnte Wälsch hinzufügen, daß ihm die Affektion bekannt sei, und daß er sogar Gelegenheit gehabt habe, dieselbe histologisch genau zu untersuchen. Dabei hat sich herausgestellt, daß irgend welche pathologischen Veränderungen in solcher Haut nicht vorkommen.

Kurze Zeit darnach, noch im gleichen Jahre, berichtete Unna über einige Fälle dieser Art. Er bestätigt die Angaben von Jadassohn und macht auf die eigenartige, durch die Faltung der Haut bedingte Stellung der Kopfhaare aufmerksam, wodurch die Wülste heller, die Furchen dunkler erscheinen. Weiterhin ist Unna[1]) derjenige, welcher der Affektion ihren besonderen Namen: Cutis verticis gyrata gegeben hat, nachdem schon Jadassohn auf die entfernte Ähnlichkeit der Scheitelwülste mit den Gehirnwindungen hingewiesen hatte.

Auf Grund dieser markanten Darstellungen sollte man annehmen, daß es sich um eine entwicklungsgeschichtlich sehr interessante für das betroffene Individuum verhältnismäßig belanglose Affektion mit ziemlich klarer Pathogenese handele. Dem ist aber nicht so, denn spätere Beobachter nehmen noch eine entzündliche Ursache für diese Fälle in Anspruch.

So z. B. v. Veress, welcher über ein Dutzend Fälle berichtet. Bei neun ist, wie früher, die Anamnese negativ. Die Betreffenden, welche die Veränderung auf dem Hinterkopfe in der von Jadassohn geschilderten Weise bieten, haben an keiner wie immer gearteten Erkrankung oder Entzündung der Kopfhaut gelitten. Andererseits beschreibt v. Veress[2]) auch zwei Patienten, welche als Kinder jahrelang ein Kopfekzem gehabt haben. Außerdem führt er einen 40jährigen Kranken an, bei welchem die Kopfhaut von einem eitrig-geschwürigen Prozeß eingenommen ist. Derselbe setzt sich aus unregelmäßig verteilten perifollikulären Wülsten zusammen und hat eine gewisse gyriähnliche Gestaltung. Auf Druck kann man etwas serös eitrigen Inhalt herauspressen. Stellenweise ist das Haar völlig geschwunden und dann kann man kleine unregelmäßige Narben erkennen. Zweimal hat v. Veress histologische Untersuchungen angestellt und jedesmal einen wesentlich anderen Befund feststellen können. In dem einen Falle war die Stellung der Haarfollikel und Epithelleisten in den

[1]) Unna, Cutis verticis gyrata. Monatsheft f. prakt. Derm., 1907, Bd. 45, S. 227.

[2]) v. Veress, Über die Cutis verticis gyrata. Dermatologische Zeitschrift, 1908, Bd. 15, S. 675.

Digitized by Google

Furchen eine andere als auf der Höhe der Falten, und das Bindegewebe schien hier dichter als dort, indessen fehlte jedes Zeichen einer bestehenden oder abgelaufenen Entzündung. Im anderen Falle zeigt die Kutis unterhalb der Einziehungen eine Reduzierung der Gefäße, der Knäueldrüsen, ein vollkommenes Fehlen der Talgdrüsen, Haare und des elastischen Gewebes. Anstelle dessen besteht eine gruppierte zellige Infiltration von Lymphozyten und Plasmazellen, welche nach den Seiten zur asch abnimmt. Außerdem finden sich im Präparat reichliche Mastzellen. Dieser histologische Befund sowie die erwähnten Beobachtungen von vorausgegangenen Erkrankungen der Kopfhaut lassen v. Veress die Möglichkeit in Betracht ziehen, daß diesen Fällen eine entzündliche Ursache zugrunde liege. Der Mangel eines solchen Nachweises konnte durch das oft lange Zurückliegen der Schädigung begründet sein.

Unter einem ähnlichen Namen wie Jadassohn, „Furchung und Verdickung der Haut am Hinterkopf", beschreibt Audry[1]) einen Fall, bei welchem die entzündliche Herkunft gesichert erscheint. Der betreffende Patient hat drei Jahre an Furunkulose gelitten und in den letzten Wochen an einem impetiginösen Ausschlage sowohl auf dem behaarten Kopfe als auch am Nacken. Nach dem Kurzschneiden der Haare bemerkt man, daß die Haut am Hinterkopfe runzlig ist. Sie ist von tiefen Furchen durchzogen, zwischen welchen sich Vorwölbungen finden von einer gewissen Ähnlichkeit mit Gehirnwindungen. Der Haarboden ist im Bereiche der Veränderung beträchtlich verdickt und kann zum Unterschied mit den früheren Betrachtungen nicht vom Perikranium abgehoben werden, weil anscheinend Verwachsungen bestehen.

Pospelow[2]) legt gleichfalls Wert auf vorausgehende Prozesse, er ist der Meinung, daß pathologische Einflüsse, welche die Kopfhaut treffen, bei Menschen mit angeborener Anlage die Faltenbildung zur Erscheinung

---

[1]) Audry, Pachydermie occipitale vorticilée. Annales de Derm. et de Syphiligr., 1909, Bd. 5, S. 257. Depuis trois semaines il présente une poussée d'impétigo du cuir chevelu et du cou. Il fait couper les cheveux pour le traitement. Il revient me trouver à peu près guéri, mais avec, des cheveux couverts et j'aperçois aussitôt l'étrange déformation. La peau de la partie superieure de la région occipitale est épaissie comme contractée, crispée; elle est creusée de sillons profonds enroulés de tourbillons suivant l'implantation des cheveux et on ne peut mieux comparer cette apparence qu'à l'aspect des circonvolutions cérébrales. Les cheveux sont aussi nombreux qu'en tout autre point du cuir chevelu. Il n'y a jamais en aucun trouble subjectif. Non seulement le cuir chevelu est notablement épaissi au niveau des crêtes dessinées par les sillons, mais il peut se disjoindre facilement du péricrane avec lequel son adhérence est des plus lâches.

[2]) Pospelow, Russ. Zeitschr. f. Haut- und Ven.-Krankheiten, 1909, Bd. 18, Nr. 7, P. A., Moskauer venerol. und dermatol. Gesellschaft, 23. Okt. 1909, Derm. Zentralblatt, 1910, S. 94.

Digitized by Google

bringen können. So findet er seine Ansicht durch einen Patienten, mit vorausgegangenem Ekzem, durch einen zweiten, welcher an einem vorzeitigen Haarausfall litt, und schließlich durch einen dritten, welcher vor 8 Jahren ein pustulös-ulzeröses Syphilid überstanden hatte, bestätigt.

Bogrows[1]) Fall litt 1 Jahr, bevor seine Cutis verticis gyrata bemerkt wurde, an einer Alopecia areata, welche sehr rasch über den Kopf wanderte und kurz vor dem Bemerken der Veränderung an einem Erysipel der Kopfhaut.

Von ganz besonderem Interesse ist die Demonstration eines 26jährigen Arbeiters durch Oppenheim[2]) in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft. Es handelt sich um die erstmalige Beobachtung einer Cutis verticis gyrata, welche halbseitig auf dem Hinterkopfe ausgebildet ist.

Wiederum ein Fall ausgesprochen entzündlicher Natur ist die Cutis verticis gyrata, von welcher Vignolo-Lutati berichtet. Die Falten seines Patienten am Hinterhaupte sind haarlos, glatt und glänzend. Ihre Konsistenz ist hart, dort nicht eindrückbar, an längeren Wulsten kann man nur den äußersten Teil vorübergehend komprimieren. Bei Druck sind die Falten leicht schmerzhaft. Entzündliche oder erythematöse Prozesse sowie eine Desquamation fehlen. Histologisch findet sich in der Haut im Lager der Follikel eine dichtzellige Infiltration der entsprechenden Schicht der Kutis ev. Subkutis, während die oberen Schichten fast frei bleiben. Die Infiltration besteht aus kleinen mononukleären und Plasmazellen sowie einzelnen zerstreuten Riesenzellen, welche häufig von einigen epitheloiden Zellen umgeben sind. Entfernt man sich vom Kulminationspunkt der Infiltration, so bemerkt man, daß der Prozeß in ein dichtes Lager junger Bindegewebszellen, in eine Sklerosierung übergeht. Die Follikelwandung ist nicht befallen, doch kann man ein Zugrundegehen der epithelialen Elemente in der Kutis beobachten.

Ein Fall dieser Art, gleich denjenigen von Jadassohn und Unna, will ich, um nicht zu wiederholen, nur in Stichworten erwähnen: Entstehung aus unbekannter Veranlassung, zufällige Entdeckung im 35. Lebensjahre, Kennzeichen der Veränderung: vorhandene systemartig geordnete oft parallele Furchen in der Wirbelgegend, zwischen welchen sich verwölbende Falten eingeschlossen sind, Farbe, Haarbestand, Konsistenz, Beweglichkeit gegen die Unterlage und Sensibilität durchaus

---

[1]) Bogrow, Ein Fall von Cutis verticis gyrata. Monatsheft f. prakt. Dermatol., 1909, Bd. 50, S. 16.

[2]) Oppenheim, Verhandlungen der Wiener Dermatologischen Gesellschaft, Leipzig, 26. Mai 1909. Arch. f. Derm. u. Syph., 1909, Bd. 98, S. 129.

[3]) Vignolo-Lutati, Cutis verticis gyrata. Arch. f. Derm. u. Syph., 1910, Bd. 104, S. 421.

Digitized by Google

normal. Durch entsprechenden Zug lassen sich Furchen und Falten ausglätten, durch Zusammenschieben noch deutlicher machen. Histologisch ist der Fall in Übereinstimmung mit dem von Wälsch und dem ersten Befunde von v. Veress: Keine Spur von entzündlicher Infiltration oder von einer Gewebsveränderung, welche auf einen abgelaufenen Prozeß schließen lassen würde. Daß die Stellung der Follikel sich der Formation der Einziehungen möglichst anpaßt, ist kaum weiter bemerkenswert.

Es ist offenbar eine Folge der Anschauung, daß die Cutis verticis gyrata auch einen entzündlichen Ursprung haben kann, wenn v. Veress und Lutati ausgesprochen eitrige Prozesse der Kopfhaut, nur weil sie Wülste gyriähnlicher Gestaltung produzieren, mit dieser Affektion in Verbindung bringen. Derartige Veränderungen sind uns noch von anderen Kopfkrankheiten bekannt. Wenn v. Veress den perifollikulären Charakter die eitrige bis seröse Sekretion, die dauernde Zerstörung von Haaren und die an ihrer Stelle sich entwickelnden kleinen unregelmäßigen Narben hervorhebt, so ist man überzeugt, daß hier eine Folliculitis decalvans[1]) vorliegt. Ähnliches gilt von dem Falle Lutati; es existiert hier keine sichtbare Eiterung, die Falten sind, abgesehen von ihrer Spitze, sklerotisch hart, glattglänzend, haarlos, leicht empfindlich; histologisch: eine Entzündung, welche zur Produktion eines sklerotischen Wulstes führt. Es sind dies die Symptome jener Form der Dermatitis papill. capillitii (Kaposi), welche ohne komplizierende Alteration oder Zerstörung der Epidermisdecke verläuft[2]).

Daß andersartige Prozesse der Kopfhaut gemeinsam mit der Cutis verticis gyrata vorkommen können, ist nicht weiter wunderbar, vor allem schon deshalb, weil sie die Gelegenheit geben, auf die Affektion aufmerksam zu werden; daß dieselben aber einen Einfluß auf die Entwickwicklung ausüben sollen, ist wenig wahrscheinlich. Eine Stütze für diese Anschauung könnte in dem einen der histologischen Befunde, welche v. Veress mitteilt, erblickt werden. Abgesehen davon, daß dieser Befund erst einmal gegenüber drei gegenteiligen erhoben wurde, ist es an sich merkwürdig, daß eine Entzündung zu einer Furchenbildung führen soll, wobei zu bedenken ist, daß diese Entzündung sich in gleichmäßig schmalen Bahnen eines Systems von zum Teil parallel verlaufenden Linien ausbreiten müßte, um dieses Ziel zu erreichen. Ein derartiger Vorgang ist auszuschließen. Dagegen möchte ich eine Beobachtung

---

[1]) Vgl. Grünfeld, Über Folliculitis decalvans. Archiv f. Derm. u. Syph., 1909, Bd. 15, S. 331.

[2]) Ledermann, Zur Histologie der Dermatitis papill. capillitii. V. Kongreß der Deutschen Derm. Gesellsch., 1895, S. 443.

Digitized by Google

heranziehen, welche vielleicht geeignet ist für den Befund von v. Veress eine Erklärung zu bieten. Sie betrifft einen jungen Menschen, welcher jahrelang an einem Ekzem des Nabels litt. Dieses Ekzem erfährt häufig erhebliche Steigerungen, indem namentlich der Grund der Falten eine lebhafte eitrige Sekretion produziert. Da äußere Mittel stets nur geringe oder vorübergehende Besserung bringen, läßt sich der Betreffende den ganzen Nabel exzidieren. Die Untersuchung der alkoholfixierten und in Paraffin geschnittenen Stücke ergibt, daß, abgesehen von den Veränderungen des Deckepithels unter den Einsenkungen der Furchen eine Anhäufung von imigrierten Zellen, hauptsächlich von Lymphozyten und Plasmazellen, und in ihrem Bereiche ein Fehlen der elastischen Fasern, sowie eine Reduzierung der Follikel besteht. Die Infiltration der Kutis verliert sich gegen die freien Flächen der Nabelfalten. Auch das Vorkommen reichlicher Mastzellen ist zu konstatieren.

Wir haben also hier den Befund einer tieferen entzündlichen Veränderung der Haut in den präformierten Furchen des Nabels. Gerade diese Bildung dürfte die Gelegenheit vermittelt haben, daß sich unterhalb der Einziehungen wohl als eine Folge der Sekretstauung eine kutane Entzündung entwickeln konnte. Auch für den Fall von v. Veress liegt die Annahme nahe, daß die ganz ähnlichen histologischen Veränderungen durch einen für die Entwicklung der Cutis verticis gyrata belanglosen, im Gegenteil sekundären Prozeß gleichartiger Natur bedingt sind.

Selbst der Standpunkt Pospelows, wenn er auch den Erkrankungen der Kopfhaut nur die Bedeutung einer Gelegenheitsursache läßt, ist keineswegs notwendig. Die Häufigkeit der Erkrankungen der Kopfhaut namentlich im Kindesalter ist ja so groß im Verhältnis zur Seltenheit dieser Affektion, und dann paßt diese Ursache schlecht zum halbseitigen Auftreten, wie es Oppenheim mitteilt.

Die Cutis verticis gyrata hat mit Entzündungen der Haut nichts zu tun.

Mit Recht hat Jadassohn an Ähnlichkeiten mit der Haut der Tiere gedacht. So z. B. sollen rassereine englische Bulldoggen eine stark faltige Kopfhaut haben, während bei den deutschen Doggen eine knappe, festgespannte Haut verlangt wird. Ein umgekehrtes Verhalten hat als entwertende Abweichung vom normalen Typus (als Degeneration) zu gelten. Wie das seltene Vorkommen der Cutis verticis gyrata zeigt, existiert die Möglichkeit der Entwicklung auch beim Menschen, bezüglich ihrer Stellung im Systeme dürfte die Affektion am besten den Mißbildungen der Haut insonderheit derjenigen des Kopfes zuzuweisen sein.

Digitized by Google

Neue Anwendungsgebiete der Elektrolyse.

Von

Dr. med. JOSEPH FRANZ KAPP, Berlin.

Während die Elektrolyse im letzten Jahrzehnt eine immer steigende Anwendung zur Beseitigung der Hypertrichosis gefunden hat, wurde zur Behandlung anderer pathologischer Erscheinungen von ihr nur wenig Gebrauch gemacht. Trotzdem läßt sie noch manche andere Anwendung zu, wie z. B. schon KUTTNER wußte, daß die Elektrolyse uns in den Stand setzt, unter Umständen auch dort noch in der Tiefe zerstörend einwirken zu können, wo uns jede andere Methode im Stich läßt.

Seit über zwei Jahren habe ich nun das elektrolytische Verfahren sehr häufig angewendet, um Teile der Unterhaut resp. des Unterhautzellgewebes zur Zerstörung zu bringen. Bislang hatte man bei Anwendung der gewöhnlichen Platin- oder Stahlnadeln zur Elektrolyse stets damit zu rechnen, daß an den Einstichstellen kleine punktförmige Narben zurückbleiben konnten. Seitdem es KROMAYER aber gelungen ist, die Nadeln stellenweise mit einem außerordentlich feinen Isolierlack zu überziehen, ist die Gefahr der Narbenbildung sehr verringert. Auch die Einführung der außerordentlich feinen Aachener Perlschnürenadeln durch KROMAYER bedeutete für die hier in Frage kommende äußerst subtile Technik eine weitere Errungenschaft. KROMAYER läßt bekanntlich diese feinen Nadeln vergolden und mit dem vorerwähnten Isolierlack an der Spitzenzone isolieren, um damit seine sogenannte „subkutane Elektrolyse" bei Hypertrichosis auszuführen.

Ich benütze nun diese Nadeln zur Beseitigung der sogenannten „Krähenfüßchen". Man versteht darunter bekanntlich kleine, sehr feine Hautfalten, welche sich besonders an den äußeren Augenwinkeln und an und unter dem Unterlid ausbilden und sich von hier aus über die Schläfe nach den Wangen zu ausbreiten. Diese Hautfältchen, so harmlos sie selbstverständlich auch sind, vermögen dennoch bei vielen Personen, besonders Frauen, recht schwere psychische Depressionen auszulösen, da sie allgemein als ein Zeichen des Alterns aufgefaßt und dementsprechend gefürchtet werden. Bis jetzt war man zur Beseitigung dieser Fältchen nur auf sehr unzuverlässige Methoden angewiesen, wie z. B. die von ZABLUDOWSKI meisterhaft ausgebildete Gesichtsmassage keineswegs immer brauchbare Resultate aufwies.

Zur Ausübung meines Verfahrens benutze ich die vorstehend be-

Digitized by Google

schriebenen Nadeln, nur daß ich dieselben in einer Entfernung von ca. 15 bis 20 mm von der Spitze entfernt auf einer Strecke des Schafts von 5 mm mit Isolierlack überziehe. Auch die Spitze selbst wird mit Lack überzogen. Die Nadel trägt in ihrem Öhr einen feinen Kupferfaden, der durch eine besondere Vorrichtung mit dem Kabel einer elektrischen Batterie in Verbindung steht.

Zur Ausführung des kleinen Eingriffes fasse ich die Nadel in ihrer hinteren Hälfte mit einem chirurgischen Nadelhalter und stoße sie derart unter die Haut, daß sie parallel zur Falte dicht neben ihr und ungefähr 2 mm unter der Hautoberfläche, also im Bereich der Unterhaut, liegt. Wenn ich die Nadel in dieser Region immer parallel zur Falte ungefähr $1^1/_2$ cm weit geführt habe, steche ich die Spitze wieder von unten her durch die Haut heraus, bis die Spitze deutlich in ihrer isolierten Partie zu sehen ist. Wenn der Eingriff richtig gemacht ist, muß nun sowohl die am Einstich als auch die am Ausstich liegende Nadelpartie lackiert resp. isoliert sein. Nun verfahre ich mit einer gleichen Nadel ganz genau ebenso auf der anderen Seite der Falte, und verbinde die erste Nadel mit der Kathode, die zweite mit der Anode einer elektrischen Batterie und lasse den Strom bis zu einer Stärke von $^1/_2$ Milliampere eintreten. Nach einer Einwirkung von $^1/_4$—$^1/_2$ Minute gehe ich langsam, wie ich ihn einschleichen ließ, mit dem Strom zurück und wende ihn dann, so daß jetzt die andere Nadel zur Kathode wird, und verfahre nun ebenso wie vorher. Wie bei allen elektrolytischen Eingriffen schwillt die Haut zunächst etwas an und zeigt eine deutliche Rötung. Nach dem Schwinden dieser Symptome bleibt als dauerndes Resultat ein scheinbares Verflachen der Falte zurück, welch letztere man durch eventuell mehrfache Wiederholung des kleinen Eingriffes schließlich ganz zum Verstreichen bringt.

Der Prozeß, der zu diesem Resultate führt, ist ein sehr einleuchtender: nicht die Vertiefung, welche die Falte bildete, ist gehoben worden, sondern umgekehrt durch Einschmelzung des die Falte auf beiden Seiten umgebenden Gewebes ist eine Senkung der sie umgebenden Höhenzüge erreicht worden. Natürlich ist der Effekt genau derselbe, als wenn die Falte selbst gehoben worden wäre. — Die rasch einsetzende Schwellung bringt es mit sich, daß man in einer Sitzung auf jeder Gesichtsseite höchstens 2—3 Falten behandeln kann. Es ergibt sich daraus, daß das Verfahren langwierig ist. Andererseits ist es die einzige mir bekannte absolut wirksame Methode, und bei subtiler Ausführung läßt sich Narbenbildung auch mit Sicherheit vermeiden. Man muß nur strikte darauf sehen, daß Eintritts- und Austrittsstelle der Nadeln im Bereich der isolierten Zone liegen.

Digitized by Google

Noch ein weiteres Anwendungsgebiet der Elektrolyse möchte ich hier kurz erwähnen. Es kommt in seltenen Fällen vor, daß nach Paraffininjektionen sich über dem Paraffindepot eine Schwellung bildet, die außerordentlich hartnäckig zu sein pflegt. Solche teigige Schwellungen, welche vermutlich ihre Entstehung dem Druck zu reichlicher Paraffinmengen auf Lymphspalten oder venöse Plexus verdanken, führen allmählich zu einer zelligen Infiltration des Gewebes, welche durch elektrolytische Einschmelzung sich gut beheben läßt. Man wählt dazu etwas kräftigere Nadeln, die man je nach Bedarf mit dem erwähnten Lack isoliert und die man dann in das infiltrierte Gewebe möglichst ausgedehnt einstößt. Man kann bis zu 3 Milliampere gehen und die Nadel 2—3 Minuten einwirken lassen. Selbstverständlich kann man dieses Verfahren auch unipolar anwenden, d. h. man stößt nur eine als Kathode fungierende Nadel ein und gibt dem Patienten eine indifferente Elektrode in die Hand. Natürlich bedarf es dann einer stärkeren Beanspruchung der Batterie, um die erforderliche Zahl von Milliampere zu erzielen, da ja ein bedeutend größerer Körperwiderstand zu überwinden ist. Dieses Verfahren hat mir in den erwähnten Fällen von Schwellung nach Paraffininjektion stets gute Dienste geleistet und die Inzision, resp. die Herausnahme des Paraffins, überflüssig gemacht.

Versammlungen.

Russische Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg.

Sitzung vom 24. Sept. (7. Oktob.) 1911.

Originalbericht von Dr. LEO EHRLICH-St. Petersburg.

1. SOLOWIEFF zeigt ein 10jähriges Mädchen mit **Dermatitis herpetiformis DUHRING**; Krankheitsdauer fünf Monate. Die Krankheit begann mit dem Auftreten kleiner, dicht aneinander gedrängter Bläschen verschiedener Größe; die Bläschen platzten, flossen zusammen und haben sich an Stelle des in dieser Weise verlaufenden Bläschenexantems infiltrierte, mit festsitzenden Schüppchen bedeckte Scheibchen entwickelt; augenblicklich finden sich bei der Kranken infiltrierte Scheibchen auf den Handrücken, Füßen und auf dem unteren Teile der Bauchhaut; an der Peripherie der Scheiben, welche an einigen Stellen die Größe einer Spielkarte erreichen, treten erbsengroße Bläschen hervor. Der allgemeine Zustand der Kranken ist nicht herabgesetzt; bei der Blutuntersuchung tritt eine ziemlich ausgesprochene Eosinophilie hervor (17,9% gegen 2%). Histologisch läßt sich eine kleinzellige Infiltration der Papillarschicht und eine seröse Durchtränkung des Epitels nachweisen.

Diskussion. TERRBINSKY bemerkt, daß als er dieselbe Kranke vor einigen Wochen untersuchte, er zur gleichen Diagnose kam.

Digitized by Google

Bormann meint, es fehle hier ein Hauptsymptom, welches für jede Duhringsche Dermatitis charakteristisch sei, nämlich der Polymorphismus; dementsprechend könnte man hier auch an Erythema exsudativum bullosum denken.

Solowieff erwidert, daß nach Brocq für die Duhringsche Krankheit — Polymorphismus, nach Duhring aber — Herpetismus charakteristisch sei.

Pawloff bemerkt, daß obwohl Polymorphismus tatsächlich zu den wichtigen Symptomen der Duhringschen Krankheit gehöre, jedoch in dem von S. demonstrierten Falle die richtige Diagnose erschwert wäre, wenn nicht charakteristische Herpeserscheinungen dazu kämen. Prognostisch betrachtet P. diesen Fall als günstig.

2. Stein hält einen Vortrag: **„Über die Arteriosklerose der Aorta bei Syphilitikern"** (erscheint demnächst).

Sitzung vom 29. Oktob. (11. Nov.) 1911.

1. Friedmann stellt einen Fall von **Lepra anaesthetica** vor; trotzdem die Leprabazillen bei wiederholter Untersuchung nicht nachgewiesen worden sind, meint F. jedoch, daß die vorhandenen Hautpigmentationen, pemphigoide Veränderungen und hauptsächlich Veränderungen der Muskeln und des peripherischen Nervensystems allein schon für richtige Diagnose sprechen.

Diskussion. Kulnew, Jawein und Pawloff schließen sich der Wahrscheinlichkeitsdiagnose Lepra an, dagegen meint Obraszoff, daß das Fehlen der Leprabazillen bei beinahe zweijähriger klinischer Beobachtung uns von der Diagnose Lepra abzuhalten, oder wenigstens mit einer Reserve auszusprechen zwingt.

Michailoff (Gast) bemerkt, daß abgesehen von den genügend charakteristischen Hautveränderungen, nimmt er die Diagnose Lepra an, da die Veränderungen des Nervensystems an und für sich allein diese Diagnose bestätigen. Was das Fehlen der Leprabazillen anbelangt, so meint Michailoff, es wäre dazu nötig systematische Untersuchungen der Schnittpräparate aus den tieferen Schichten der kranken Stellen vorzunehmen; das Fehlen der Leprabazillen in dem Nasensekret allein kann nicht gegen die Diagnose Lepra sprechen.

2. Jelzina stellt vor: a) ein 9monatliches Kind mit **zwei extragenitalen Sklerosen** der Gesichtshaut; die entsprechenden submaxillaren Lymphdrüsen sind sehr stark vergrößert; das Kind wurde von seiner Mutter angesteckt.

b) Eine Kranke mit **sehr stark entwickeltem großpapulösem Syphilid;** die einzelnen Effloreszenzen haben eine auffallend große Ähnlichkeit mit der Psoriasis vulgaris; dementsprechend möchte J. diesen Fall als **Syphilis psoriatiformis Fournier** bezeichnen. Bei der Diskussion über den zweiten von Jelzina vorgestellten Fall erweist es sich, daß trotzdem das Exanthem beim ersten Anblick an eine Psoriasis erinnere, spricht dennoch für die Diagnose Syphilis die typische Evolution der einzelnen Elemente, die Prävalierung der Infiltratbildung über die Schuppenbildung, die im großen und ganzen spärliche Abschuppung der einzelnen Elemente, sowie die stark ausgesprochene Neigung zur orbikulären Ausbreitung.

3. Morosoff demonstriert: a) einen atypisch lokalisierten Fall von **Folliklis** mit positiver Pirquetscher Reaktion, b) einen Fall von **papulösem Syphilid,** welcher wegen atypischer Lokalisation und zurückgebliebener Hautpigmentation einen Lichen vortäuschen kann.

4. Gundoroff hält einen Vortrag: **„Zur Kasuistik der Lues cerebelli"** (erscheint).

Sitzung vom 26. Nov. (9. Dez.) 1911.

1. Sowinsky stellt einen Fall von **rezentem Neurosyphilid** nach der Salvarsanbehandlung vor. Es handelt sich um einen Patienten, der sich mit einem Ulcus durum

Digitized by Google

am 5. VI. 1911 zum ersten Male vorstellte; er bekam am 17. VII. 1911 0,3 Salvarsan subkutan, und am 23. VIII. wiederum 0,3 intraglutaeal rechts und links. Der Kranke hat jetzt WR++++ und alle Symptome einer spezifischen Erkrankung des Zentralnervensystems (Diplopie, Ataxie, Augenmuskellähmung usw.). Bei näherer Untersuchung ließ sich eine Erkrankung des Pontis varolii feststellen. Nach 7 Quecksilbereinreibungen und innerlichem Jodgebrauch schwanden allmählich alle krankhaften Symptome. Gleichzeitig berichtet S. über einen zweiten Fall; es handelt sich in diesem zweiten Falle um einen Kranken, welcher frische Syphilis im Oktober 1910 akquiriert hatte; er bekam intravenös 0,5 Salvarsan am 18. XII. und noch einmal ebenfalls intravenös 0,5 am 18. I. 1911; es zeigte sich im März 1911 bei diesem Patienten eine schwere Angina specifica und gleichzeitig alle Symptome einer diffusen Enzephalitis; nach 5 Injektionen von Hg salicyl. sind alle krankhaften Erscheinungen beinahe verschwunden.

Weit von der Behauptung entfernt, daß post hoc — ergo propter hoc, betont S. nur die wichtige Tatsache, daß trotz der entsprechenden und frühzeitigen Salvarsanbehandlung in beiden Fällen sich in relativ kurzer Zeit eine spezifische Erkrankung des Zentralnervensystems entwickelt hat; S. nimmt an, daß die Salvarsantherapie eine bestimmte Prädisposition zur Erkrankung des Nervensystems hervorrufen könne.

2. Morosoff berichtet über zwei Fälle **spezifischer Erkrankung des N. facialis** in der Frühperiode der Syphilis; in dem ersten Falle wurde 0,5 und kurz darauf wiederum 0,4 Salvarsan injiziert, außerdem wurden noch 6 Hg-Einspritzungen gemacht; in dem zweiten Falle wurden 0,6 und 0,5 Salvarsan injiziert.

Diskussion. **Terebinsky** bemerkt, daß so viel man dieses aus der speziellen Literatur der Frage ersehen kann, seien die Neurorezidive, die man nach der Salvarsantherapie zu beobachten pflegt, nicht häufiger als man es früher bei ausschließlich merkurieller Behandlung zu beobachten Gelegenheit hatte.

Agadjanianz (als Gast) bemerkt, daß es sich hier nur darum handle, ob tatsächlich die Salvarsantherapie eine Prädisposition zur nachträglichen Erkrankung des Nervensystems verursachen könne, und wenn man nur die Zahl der Neurorezidive nach Salvarsanbehandlung mit den Neurorezidiven vergleicht, wo jede Behandlung überhaupt fehlte oder eine ungenügende Quecksilberbehandlung durchgeführt wurde, so kommt man zu der Überzeugung, daß die Häufigkeit der Hirnnervenerkrankungen nach der Salvarsanbehandlung auffallend groß ist, wobei noch das Frühauftreten und das schwere Verlaufen der Krankheit zu bemerken ist. A. betont, daß seine Meinung über Salvarsantherapie nicht nur auf der Kenntnis der periodischen Literatur, sondern auch auf mehreren eigenen Beobachtungen beruhe.

Obraszoff berichtet über ein Neurorezidiv nach Salvarsanbehandlung (Labyrinterkrankung) trotz drei hintereinander folgenden intravenösen Injektionen. Auf Grund eigener großer klinischer Erfahrung behauptet O., daß man bei ausschließlicher Quecksilberbehandlung keine Gelegenheit habe, eine so große Zahl von Neurorezidiven zu beobachten und glaubt O., daß jetzt nun der richtige Moment sei, die Bedeutung der Salvarsantherapie für das Entstehen der Neurorezidive zu erwägen, um so mehr, als wir ja noch gar nicht wissen, was unter einer ausreichenden Salvarsantherapie zu verstehen sei; es gibt nämlich Ärzte, die auf eine sehr große Dosis wie 2,0 und sogar mehr bestehen, und es ist kaum möglich anzunehmen, daß solche große Arsendosen ohne Schaden auf das Nervensystem wirken können.

Kulnew meint, es wäre heute noch zu früh, sich über den Einfluß der Salvarsanbehandlung endgültig auszusprechen. Es sei unbedingt notwendig, eine große Zahl von Syphilisfällen in der Frühperiode unter Salvarsantherapie zu führen und diese Fälle eine genügend lange Zeit weiter zu beobachten.

Digitized by Google

Jawein glaubt, daß es wohl möglich sei, daß das Auftreten von Neurorezidiven mit den kleinen Salvarsandosen in Zusammenhang stehe; es wird nämlich von einigen Ärzten behauptet, daß die ausreichende Salvarsandosis, die ein Rezidiv zu vermeiden vermag, nicht unter 2,5 stehen dürfe; J. selbst wendet solche große Dosen nicht an.

Gundoroff ist fest überzeugt, daß die großen Arsendosen einen sehr starken Einfluß auf das Nervensystem ausüben und berichtet bei dieser Gelegenheit über einen Fall aus der Privatpraxis; es handelt sich um einen Patienten mit Ulcus durum, der drei hintereinander folgende intravenöse Salvarsaninjektionen in kurzer Zeit bekommen hatte und sechs Wochen später an einer diffusen Hirnaffektion erkrankte. Nach sechs Hg-Einspritzungen verschwanden alle Symptome des Neurorezidivs.

Solowieff behauptet, daß unter seinen beinahe 800 Syphilisfällen, die einer Salvarsanbehandlung unterworfen worden sind, es nur einmal zu einem Neurorezidiv gekommen ist.

Pawloff äußert in seinem Schlußworte, daß er selbst aus eigener Erfahrung sagen müsse, daß die Zahl der Neurorezidive seit der Salvarsantherapie immer wächst; doch glaube er, daß die ganze Salvarsanbehandlungsfrage einer längeren Beobachtung bedürfe.

3. Gundoroff stellt einen Fall mit **Dermatitis papillaris capillitii Kaposi** vor.

Diskussion. Kulnew erwähnt einen ähnlichen Fall, welcher nach elfjährigem Bestehen unter Finsentherapie heilte.

Pawloff berichtet über einen Fall, der mit Radium günstig beeinflußt wurde.

Bormann verspricht, einen Fall vorzustellen, wo er befriedigende therapeutische Resultate bei der Röntgentherapie bekam.

4. Jelzina hält einen Vortrag: **„Über die Reglementierung der Prostitution zu Berlin"** (erscheint demnächst).

5. Liebermann hält einen Vortrag: **„Über die experimentelle Syphilis bei Kaninchen"** (erscheint demnächst).

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 111, H. 1, Januar 1912.

1. Sarcomatosis cutis (Spiegler), von R. Polland-Graz. Affektion der Gesichtshaut bei einer 62jährigen, sehr rüstigen Frau; die seit zwei Jahren bestehende Veränderung zeigt flach prominente Erhebungen, die sich beim Betasten als ziemlich derbe, bis in die tieferen Hautschichten reichende Infiltrate, die mit der Haut verschieblich sind, erweisen. Die histologische Untersuchung zeigt das typische Bild der Sarcomatosis cutis Spiegler: kleinzellige Infiltrate im Maschenwerk der Kutis mit intakter Erhaltung der Struktur derselben; die Epidermis, bei jüngeren Tumoren meist auch die Pars papillaris, bleibt von der Infiltration frei und wird in typischen Fällen nicht zerstört. Für die Affektion charakteristisch ist das beschränkte Wachstum, die Fähigkeit der Rückbildung, das Ausbleiben der Metastasen, das Fehlen der Malignität. In dem berichteten Fall trat nach 0,3 Salvarsan, das übrigens sehr schlecht vertragen wurde und trotz aller Kautelen intravenöser Infusionen von einem Kollaps gefolgt war, binnen kurzem Abflachung und Rückbildung der Tumoren ein.

2. Die Bedeutung und Erklärung der sexuellen Träume, von Moritz Porosz-Budapest. Versuch der Analyse sexueller Träume, aus denen Verf. schließt, daß dieselben

Digitized by Google

nicht an den häufigen Pollutionen schuld, sondern nur Begleiterscheinungen derselben sind. Wenn ein Pollutionstraumbild einen Koitus normalen Verlaufs und von normaler Dauer betrifft, so fällt die Pollution in den Rahmen normaler Erscheinungen; wenn aber die Ejakulation vor Vervollständigung des Traumes oder ohne denselben eintritt, so weist dies auf eine Atonie der Prostata hin.

3. Über eosinophile Zellen und Mastzellen in vesikulösen Hauteffloreszenzen, von Otto Pueltz-Nürnberg. Vergleichende Untersuchungen über das prozentuale und proportionale gleichzeitige Vorhandensein von eosinophilen Zellen und Mastzellen in den Bläschen verschiedener vesikulöser Hautaffektionen (Skabies, Ekzeme, Herpes, Erythema multiforme, durch Kantharidenpflaster oder Krotonöl erzeugte Vesikansbläschen). Beide Zellenarten haben sich fast regelmäßig nebeneinander gefunden, auch in verschiedenen Stadien der Bläschenbildung; obwohl Verf. in letzterem Punkte nicht ganz mit Klausner und Kreibich übereinstimmt, die zuletzt eingehend über diesen Gegenstand gearbeitet haben, so schließt er sich doch im allgemeinen den Ansichten dieser beiden Autoren an, besonders hinsichtlich der hämatogenen Abstammung der Mastzellen.

4. Ödem des Gesichts (symmetrische Elefantiasis), von W. A. Pusey-Chicago. Der kurze (englisch geschriebene) Artikel berichtet über drei einschlägige Fälle und schließt sich den Ansichten von Hutchinson an, der die Erkrankung zuerst beschrieben; ohne wesentlich Neues zu bringen. Abbildungen.

5. Papulo-squamöse Syphilide und ihre Beziehung zu Psoriasis und Parapsoriasis, von A. Ravogli-Cincinnati. Bericht über einige, mit Abbildungen belegte, interessante Fälle, die die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zeigen. Besonders schwierig ist die Diagnose, weil durch Umbildung syphilitischer Papeln mitunter eine richtige Psoriasis entsteht, andererseits eine Psoriasis oft gerade bei Patienten mit Syphilis in der Anamnese sich findet und es schließlich nicht so selten ist, daß Psoriasis auf Arsen, selbst auf Salvarsan nicht reagiert, während sie nach Jod und auch nach Quecksilber sich bessert. R. kommt zu dem Schluß, daß, wenn Psoriasis nicht in direkte Beziehungen zur Syphilis zu setzen ist, so doch in manchen Fällen als parasyphilitische Affektion betrachtet werden kann.

6. Arsen in der Dermatologie des praktischen Arztes, von Edmund Saalfeld-Berlin. Ohne wesentlich Neues zu bringen, setzt Verf. sehr geschickt die Indikationen und Kontraindikationen für die Arsenbehandlung auseinander; er zeigt, daß die Anschauung, Arsen sei ein Allheilmittel bei Hautleiden, falsch und vom praktischen Arzt aufzugeben ist. Andererseits kann auch der praktische Arzt oft Arsen mit Nutzen verordnen, wenn er die Indikation streng abgrenzt, und wenn er nicht bloß die Diagnose des Hautleidens berücksichtigt, sondern auch das Stadium, in welchem sich dasselbe befindet, und neben der Krankheit auch die Individualität des Patienten.

7. Eine neue Methode zur Beseitigung des Frauenbartes, von Frau W. Schwenter-Trachsler-Bern. Die Verfasserin publiziert als neu die alte Methode der Abreibung der Gesichtshaut mit Bimsstein; neu ist, daß sie diese Abreibung nach bestimmten Intervallen wiederholen läßt und dadurch dauernde Atrophie und Verödung der Haarpapillen bewirkt zu haben glaubt. Die Behandlung muß sich allerdings über Monate und Jahre ausdehnen, scheint dann aber definitive Erfolge aufweisen zu können, da die Verfasserin seit dem Jahre 1902 252 Fälle geheilt hat.

8. Die zytotoxische Behandlung der Prostatitis blennorrhoica, von Josef Sellei-Budapest. Schon in früheren Arbeiten hat S. darauf hingewiesen, daß auf die Prostata eine direkte Wirkung ausgeübt werden kann, wenn man das Autolysat des Prostatasekrets subkutan einspritzt; diese Wirkung ist eine sekretmindernde und das

Digitized by Google

Prostatagewebe verkleinernde. Aber auch das Serum eines so behandelten Menschen gewinnt zytotoxische Eigenschaften. Besonders ausgesprochen ist die Wirkung auf die Prostata, wenn man mit Sekret und Immunserum behandelt. Die Behandlung hat aber auch einen guten Einfluß auf einfache und blennorrhoische Prostatitiden. Selbst akute Prostatitis bildet sich oft in ganz kurzer Zeit zurück. Verf. macht genaue Angaben über die Herstellung des Autolysats.

9. Ein Fall von vesiko-pustulösem Pyämid, von James Strandberg-Stockholm. Ein Fall von Septikopyämie mit Metastasen in der Haut. Die Septikopyämie hatte ihren Ursprung wahrscheinlich in einem schweren Dickdarmkatarrh und wurde hervorgerufen durch eine Art Staphylokokken, die in gleicher Weise, sowohl im Blute, wie im Eiter der Hautblasen und Infiltrate und in histologischen Präparaten nachweisbar waren. Etwas auffällig waren die zirkumskripten, lebhaft roten, etwas schmerzhaften Infiltrate, die in verschiedenen Tiefen der Haut lagen und entweder zur eitrigen Einschmelzung kamen oder resorbiert wurden. Unter absoluter Bettruhe, Milchdiät, Aspirin und antiseptischer Behandlung der Hautläsionen trat vollkommene Heilung ein, die nach acht Monaten kontrolliert werden konnte.

10. Die Wassermannsche Reaktion bei angeborener Syphilis, von Oluf Thomsen und Harald Boas-Kopenhagen. Genaue, teilweise regelmäßig wiederholte Untersuchungen an 127 Müttern und ihren neugeborenen Kindern. Außerdem Untersuchungen an 28 hereditär-syphilitischen Patienten im Alter von 3—40 Jahren. Die Schlußfolgerungen der sehr interessanten Erfahrungen sind folgende:

1. Kinder syphilitischer Mütter sind bei der Geburt und verbleiben viel häufiger gesund, wenn das Blut der Mutter keine positive Wassermannsche Reaktion ergibt, als wenn diese Reaktion positiv ausfällt. Das Fehlen einer Reaktion bei den Müttern hat jedoch nur dann prognostische Bedeutung, wenn es nicht in einer kurz vorher stattgehabten antisyphilitischen Behandlung begründet ist.

2. Kinder, die längere oder kürzere Zeit nach der Geburt Anzeichen von angeborener Syphilis zeigen, werden nicht immer mit positiver Wassermannreaktion, geboren, zeigen aber konstant positive Reaktion, wenn die Krankheit manifest wird oder kurz vor diesem Zeitpunkt.

3. In vereinzelten Fällen können die Kinder bei der Geburt positiv reagieren, ohne spätere Anzeichen von Syphilis zu haben; die Reaktion schwindet dann kurz nach der Geburt. Vermutlich handelt es sich in diesen Fällen um ein Übertreten reagierender Substanzen von der Mutter in den Fötus.

4. Syphilitische Veränderungen des Nabelstranges und der Plazenta können in einigen Fällen vorkommen bei Kindern, die sich später als syphilitisch erweisen, obwohl ihr Blut bei der Geburt keine Reaktion ergab. Die Wassermannsche Untersuchung des Blutes der neugeborenen Kinder sollte daher mit einer Untersuchung des Nabelstranges und der Plazenta kombiniert werden.

5. Die Verschiedenheit des Fehlens oder des Vorhandenseins einer positiven Wassermannschen Reaktion, bzw. der Mengen der reagierenden Substanzen bei latent syphilitischen Neugeborenen sind wahrscheinlich bedingt durch den Zeitpunkt innerhalb der Schwangerschaftsperiode, in welchem der Fötus angesteckt wird.

6. Kinder und ältere Individuen mit den verschiedenen Manifestationen kongenitaler Syphilis ergeben stets positive Reaktion.

7. Die Menge der reagierenden Substanzen ist bei der kongenitalen Syphilis erheblich größer als bei der akquirierten. Die Resistenz dieser Substanzen gegenüber Quecksilber usw. ist größer als bei akquirierter Syphilis.

8. Die Mütter syphilitischer Kinder sind selbst syphilitisch.

Digitized by Google

11. Die lokale Behandlung der Entzündung oberflächlicher Hautschichten, von LUDWIG TÖRÖK-Budapest. Die pathologisch-anatomische Betrachtungsweise führt bei verschiedenen Gruppen der Hautkrankheiten zur Kenntnis allgemeiner therapeutischer Regeln und zu einer Unterordnung der therapeutischen Maßnahmen unter diese. Hierdurch wird die Darstellung der Therapie einzelner Gruppen von krankhaften Prozessen systematischer, übersichtlicher, einfacher. Denn, falls die Inangriffnahme bestimmter therapeutischer Maßnahmen in Beziehung gebracht wird zu der Art und dem Grade bestimmter pathologisch-anatomischer Maßnahmen Veränderungen, so kann die Therapie verschiedener krankhafter Prozesse, sofern dieselben gleichartige Hautveränderungen aufweisen und einer spezifischen Therapie nicht zugänglich sind, gemeinsam dargestellt werden. Den Versuch einer solchen Darstellung hat Verf. schon früher in einem in ungarischer Sprache erschienen Lehrbuche gemacht. In dem vorliegenden Artikel gibt er in der Besprechung der äußeren Behandlung der Entzündung der oberflächlichen Hautschichten ein Beispiel für die angeregte Darstellungsweise. (Die Besprechung der Behandlung der vielfältigen Formen des Ekzems in anderen Lehrbüchern, bringt im wesentlichen das gleiche. Ref.)

12. Die osmotische Auslaugung des Inhaltes intakter Hornzellen, von P. G. UNNA und MERIAN. Ein weiterer Beitrag zu den zahlreichen interessanten Arbeiten UNNAS über die Mikrochemie der Haut; ein Beitrag, der versucht, die Mikrochemie der Hornzellen mit der Makrochemie in engere Fühlung zu bringen. Als Versuchsmaterial dient die Vernix caseosa und versucht wird, die Vernixzelle von ihrem Albumosengehalt zu befreien, ohne zugleich Teile von Keratin B mit herauszulösen. Die Ergebnisse sind folgende:

1. Durch 10%ige Essigsäure wird der größte Teil des Zellinhaltes der Vernixzelle — besonders Albumosen — gelöst und beim Verweilen in dest. Wasser durch die intakte Zellmembran wieder nach außen befördert.

2. Durch die Hornmembran der Vernixzelle ist eine Osmose von außen nach innen und von innen nach außen möglich. Auch gelöste Eiweißkörper können hindurch diffundieren.

3. Die Lösungs- und Fällungsverhältnisse von Keratin B und Albumosen durch Säure und Alkali sind im großen und ganzen ähnlich, zeigen jedoch im einzelnen manche Unterschiede.

13. Zirkumskripte Dermatoanämien (Leukischämien), von HANS VÖRNER. Kurze Mitteilungen von drei Fällen, aus denen hervorgeht, daß Hautveränderungen vom Typus des Naevus anaemicus auch bei Dermatitiden und Erythemen auftreten können. Die Anämien entwickelten sich rasch und verschwanden auch dementsprechend schnell. Es handelt sich also um einen sich bald ausgleichenden Zustand der Haut, welcher offensichtlich durch die akut entzündliche Veränderung dieser Stellen direkt oder indirekt bedingt ist.

14. Überempfindlichkeit bei intravenöser Salvarsaninjektion, von WECHSELMANN-Berlin. Bei manchen Individuen kommt es nach Salvarsan zu örtlichen und allgemeinen Überempfindlichkeitserscheinungen, die in vollster Analogie mit den örtlichen Hautreaktionen auf Atoxyl, in genauer Analogie mit der Serumkrankheit auftreten (nach der ersten Injektion nach Tagen, nach der Reinjektion nach Stunden). Im allgemeinen scheinen die Überempfindlichkeitssymptome nach intravenöser Einverleibung harmloser zu sein, als nach den ein Depot setzenden Behandlungsmethoden. Eine nach der ersten Injektion dokumentierte Überempfindlichkeit kann bei einer zweiten empfindliche Grade annehmen, besonders wenn die Reinjektion in der sogenannten kritischen Zeit vorgenommen wird, d. h. zwischen dem achten bis zehnten Tag, wo eine erhöhte Reaktions-

Digitized by Google

fähigkeit des Organismus besteht. Dagegen braucht die Überempfindlichkeit keine dauernde Eigenschaft zu sein; wenn genügend lange Zeit verstrichen ist, kann die Wiederholung der Injektion reaktionslos verlaufen.

15. Das Radium und der bösartige Krebs, von Louis Wickham-Paris. Der von Walther Schmidt geschickt übersetzte Aufsatz gibt eine Zusammenfassung dessen, was W. zusammen mit Degrais in seinem bekannten Buche, das an anderer Stelle bereits besprochen wurde, auseinandergesetzt hat. Einige neue Fälle mit Abbildungen illustrieren das Gesagte.

16. Das Alter der Lepra, der Syphilis und der Tuberkulose, von Demetrius Zambaco Pascha. Eine Reihe sehr interessanter historischer Notizen, teils aus der Literatur, teils Resultate eigener Studien. Verf. ist der Meinung, daß die Syphilis im alten Ägypten geherrscht und ihre Opfer gefordert hat; er ist ein strikter Gegner der Ansicht, daß Kolumbus die Erkrankung aus Amerika gebracht hat. Auch die Tuberkulose ist zur Zeit der Pharaonen schon bekannt gewesen: Verf. gründet diese Ansicht auf die Veränderungen von Knochen aus den Pyramidengräbern. Er glaubt, daß die mosaischen Gesetze, die den Gebrauch unreinen Fleisches verboten, Vorsichtsmaßregeln gegenüber der Tuberkulose darstellten.

17. Über spirochätenhaltige Spätrezidive der sekundären Syphilis, von Felix Pinkus-Berlin. Verf. teilt eine Reihe interessanter Fälle mit infektiösen Spätrezidiven mit. Abgesehen von der Möglichkeit der Verwechslung mit Neuinfektionen, sind die Fälle besonders deshalb von Interesse, weil sie nach P. für den Wert einer strikten und rigoros durchgeführten schematischen chronisch intermittierenden Behandlung sprechen. P. hat noch keinen Fall erlebt, in welchem bei Eintritt später Syphiliserscheinungen nicht irgend ein Fehler in der chronisch-intermittierenden Behandlung nachweisbar gewesen war. Dabei kann als intensive Behandlung nur eine Behandlung vor dem Wiedererscheinen von Symptomen gelten; erscheinen diese häufig, so ist die Behandlung zu häufen.

18. Untersuchungen über die Spirochaeta pallida im Gewebe bei primärer und sekundärer Syphilis, von Tièche-Bern. Verf. hat die Methode von Levaditi in folgender Weise modifiziert: „Die mindestens 24 Stunden in 10% Formalin und 10—15 Stunden in 90—96% Alkohol gehärteten Stücke kamen für 18—24 Stunden (nach vorhergehender Wässerung) in 1—2% Argentum-nitricum-Lösung, der im Moment des Gebrauches 10% Pyridin zugesetzt wurde. Dann brachte ich die Stücke immer rasch auf Fließpapier, hüllte sie darin ein und warf sie in destilliertes Wasser. Nach guter Wässerung wurden sie in 100 ccm einer 4% Pyrogallollösung, der ich 10 ccm Pyridin und 15 ccm Azeton zusetzte, übergeführt. Je nach der Größe der Stücke und je nachdem eine Ulzeration oder bloß subepitheliales Infiltrat vorhanden war, ließ ich die Stücke mehr oder weniger lange in dieser Flüssigkeit und zwar nichtulzerierte Stücke im allgemeinen länger. Die Dauer der Einwirkung des Pyrogallols variierte zwischen 10—18 Stunden. Dann trocknete ich die Stücke in Fließpapier und brachte sie unmittelbar in absoluten Alkohol, den ich nach einer Stunde erneuerte. Wird der Alkohol bräunlich, dann besteht die Gefahr, daß die Spirochäten entfärbt werden; man bekommt auffallend gelblichbraune Schnitte, in denen man die Spirochäten vergeblich sucht. Man muß daher die Härtung in absolutem Alkohol nicht zu lange ausdehnen." Bei genauer Befolgung dieser Regeln hat er selten Mißerfolge gehabt. Er berichtet im einzelnen die Ergebnisse der Untersuchung von zehn Primäraffekten und einer großen Anzahl der verschiedensten Formen sekundärer Syphilide. Seine Befunde weichen wenig von denen anderer Autoren ab; die Verbreitung und Verteilung der Spirochäten im Primäraffekt und ihr reich-

Digitized by Google

licheres oder spärlicheres Vorkommen in Syphiliden verschiedenen Charakters entspricht auch ungefähr dem, was berichtet worden. Wenn sich auch schon frühzeitig in Primäraffekten an der Wand und in der nächsten Umgebung der kleinsten Blutgefäße Spirochäten finden, so läßt sich jedoch nicht mit Sicherheit feststellen, wann und auf welchem Wege die Spirochäten vom Primäraffekt aus ins Blut gelangen. Die Differenzen zwischen Primäraffekt und sekundären Effloreszenzen können jedenfalls nur zum Teil auf den größeren Spirochätengehalt des ersteren bezogen werden, trotzdem die Spirochätenzahl nur bei den breiten Kondylomen und auch da nur im Epithel und im Papillarkörper der in Primäraffekten gleich kommt. Zwei Momente kommen dann noch in Frage: einmal die Annahme einer allergischen Reaktion — der von Lues nicht berührte Organismus reagiert anders, als der schon luetische auf die gleichen Spirochäten — und dann die Differenz im Angriffsort und in den Ausbreitungswegen der Spirochäten.

19. Über die belgischen Leproserien im Mittelalter, von Leon Dekeyser-Brüssel. Historische Skizze mit teilweise ins einzelne gehenden Schilderungen der Gründungsstimmungen, Statuten und Einrichtungen dieser, heute verschwundenen Anstalten.

20. Zum Blutbild bei Lues und Salvarsaninjektion, von Paul Dorn. Die Untersuchungen wurden angestellt in der dermatologischen Klinik zu Erlangen (Hauck) und im allgemeinen Krankenhause zu Mannheim (H. Loeb), und kommen zu folgenden Schlußfolgerungen: Sowohl nach intramuskulärer als auch nach intravenöser Injektion von Salvarsan tritt eine Hyperleukozytose auf. Sie setzt wenige Stunden nach der Injektion ein und erreicht nie sehr hohe Grade. Bei intramuskulärer Injektion dauert die Hyperleukozytose unter Umständen zwei, drei, auch mehrere Tage an. Eine Gesetzmäßigkeit im Auftreten der Erscheinung läßt sich bei dieser Injektionsart nicht finden.

Nach intravenöser Injektion läßt sich ebenfalls eine nach einigen Stunden einsetzende Hyperleukozytose nachweisen nach vorausgehender kurzdauernder Leukopenie. Die Vermehrung der weißen Blutkörperchen dauert hier aber nur Stunden an und läßt sich nur bei sekundärer Lues finden.

Nachgewiesen ist ferner für intravenöse Applikation eine kurzdauernde Hämolyse, die sich äußert in Abnahme des Hämoglobins, der Erythrozytenzahl, im Auftreten von Urobilinogen und Urobilin im Harne.

21. Die Bedeutung der Herzextrakte für den heutigen Stand der Wassermannschen Reaktion, von Carl Lange-Berlin. Wenn auch Wassermann stets betont, daß die wäßrigen Leberextrakte allen anderen Extrakten überlegen seien, so sind doch die praktischen Schwierigkeiten beim Arbeiten mit wäßrigem Extrakt immerhin so groß, daß heute wohl die meisten Untersucher seine Verwendung aufgegeben haben; auch sind von rein praktischem Standpunkte die Differenzen so gering, daß man sich die Mühe sparen kann. Am einfachsten sind die alkoholischen Extrakte aus normalen Lebern, diese geben aber doch oft viel schlechtere Resultate. Auch alkoholischer Herzextrakt muß unter bestimmten Gesichtspunkten zur Anwendung kommen, wenn er für zuverlässig gelten soll. Verf. macht eine Reihe sehr lesenswerter Angaben über die Art der Verwendung von normalen Herzextrakten, die er an großem Materiale ausprobiert hat.

22. Kasuistische und histologische Beiträge zur Kenntnis der Tuberkulose der Mundhöhle, von M. Miyahara-Bern. Der Artikel wird fortgesetzt.

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Zentralblatt.

Bd. 15, Nr. 4, Januar 1912.

1. Über eine Emulsion aus Seife als Mittel zur Haarpflege, von Pohl-Berlin-Charlottenburg. Als Einfettungsmittel für Kopf und Barthaar empfiehlt Verf. ein Präparat

Digitized by Google

„Mattanmilch", die er seit $1^1/_2$ Jahren mit gutem Erfolg hat gebrauchen lassen. 2—5 mal in der Woche wird die Emulsion, deren Zubereitung er angibt, auf Kopfhaut und Haar verrieben; natürlich unabhängig von der Anwendung ev. Medikamente, die selbstverständlich nicht nach einer Einfettung appliziert werden. Im Gegensatz zu anderen Ölen und Pomaden, vermeidet das Präparat den Übelstand, daß das Haar mit einer größeren Fettmenge überzogen wird als den Verhältnissen entspricht und daß es zusammenklebt. Von der chemischen Fabrik „Berliner Formpuderwerke" zu haben.

2. Ulcera varicosa. Ihre Behandlung mit Berücksichtigung der Indikationsstellungen, von Franz Fischer-Düsseldorf. (Schluß.) Verf. weist mit Recht auf die Notwendigkeit der Untersuchung aller Organe und ev. Allgemeinbehandlung bei Unterschenkelgeschwüren hin und bespricht dann den Wert der verschiedenen Dauerverbände. Auch bei den Verbänden ist individuell zu verfahren; von diesen führt er folgende auf: Heftpflasterverbände, Zinkleimverbände nach Unna, Peptonverbände nach Schleich, Mastixverbände nach Öttingen, Watteverbände, Wasserglasverbände, Verbände mit Klebrobinden, Dostrahverbände nach Strahl, Verbände mit unelastischen Schnallgurten nach Heermann. Um Rezidive zu vermeiden, muß die Stauung vermieden werden, und hierzu empfiehlt Verf. noch immer Trikotschlauchbinden, elastische Gummibinden, auch Gummistrümpfe (die oft sehr praktischen Stephanschen Gamaschen werden nicht erwähnt). Mit der Radikalbehandlung der Varizen hat Verf. unangenehme Erfahrungen gemacht. W. Lehmann-Stettin.

Proceedings of the Royal Society of Medicine.

Dermatological Section.

Sitzung vom 14. Dez. 1911.

(Bd. 5, Nr. 3).

Fall von Pityriasis lichenoides chronica oder Lichen variegatus, von W. Fox. Die 49jährige Patientin ist seit fünf Jahren mit nur geringem Erfolg behandelt worden. Abgesehen von dem oft sehr qualvollen Juckreiz ist der Gesundheitszustand günstig. Die Art der Läsionen läßt verschiedene diagnostische Deutungen zu.

Fall von rezidivierendem Granuloma annulare, von E. G. G. Little.

Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little. Bei einem 2jährigen Kinde haben etwa 8 Wochen subkutane Knötchen in größerer Anzahl aber ohne Eiterbildung und mit gelegentlicher spontaner Involution bestanden. Vermutungsweise wurden folgende Diagnosen aufgestellt: tuberkulöse Knötchen (Boecks „sarcoide" Form), Erythema multiforme, rheumatische Fibrositäten.

Pilzkulturen von den Haaren eines an „Piedra" leidenden Kranken, von J. M. H. MacLesa. Die Haarproben stammten aus Britisch Guinea und erzeugten auf Agar erbsengroße, erst weiße, später grünlich und bräunlich werdende Kolonien.

Fall von syphilitischer Elephantiasis des Skrotums (Lymphangitis), von J. E. R. Donagh. Der Hodensack hatte bei der Aufnahme einen Umfang von 67 cm, was sich unter Injektionen mit grauem Öl auf 31 cm verminderte. Sonstige ätiologische Momente neben der syphilitischen Infektion konnten ausgeschlossen werden.

Fall von Nävus, von M. Morris und S. E. Dore.

Lupus vulgaris bei einer syphilitischen Patientin, von I. H. Sequeira. Durch die Komplikation mit Syphilis ist der lupöse Prozeß am Gesicht bei der 36jährigen Patientin zu einer sehr rapiden weiteren Ausbreitung und Neigung zum Zerfallen angeregt worden. Wassermannsche und Pirquetsche Reaktionen ergaben ein posititives Resultat,

Digitized by Google

indes wurden in den Läsionen Tuberkelbazillen vom Rindertypus konstatiert. Salvarsan- und Schmierkuren wirkten bessernd.

Mikroskopische Präparate von einem Fall von ausgedehnter Trichophytie mit granulomatösen Läsionen, von J. H. Sequeira.

Kulturen von Achorion Quinceanum (Mäusefavus) von einem 5jährigen Mädchen herstammend, von J. H. Sequeira.

Fall von Syphilis, von A. Shillitoe.

Universelles kleinlichenoides Syphilid, von A. Shillitoe. Bei dem hier vorgestellten Patienten hat diese ja auch sonst als schwer zu behandeln bekannte Form der Lues seit 6 Monaten aller Behandlung getrotzt.

Fall von Acne agminata, von A. W. Williams.

Ein eigentümlicher Nävus, von A. W. Williams. Vielleicht hat bei der Entstehung der Läsion, welche von der Mitte der Stirn schräg nach außen über die Kopfschwarte verläuft, die geburtshilfliche Zange eine Rolle gespielt.

Clinical Section.

Sitzung vom 8. Dez. 1911.

Zwei mit Fulguration behandelte Fälle von Ulcus rodens, von P. Turner. Bei dem einen (56jährigen) Patienten hatte das Ulkus 19 Jahre lang bestanden und hatte nach zeitweiliger Heilung einen großen Teil der Wange und der Muskulatur ergriffen. Nach gründlicher Kürettierung und Applikation des hochfrequenten Stroms (Diathermin) erfolgte die Abstoßung nekrotischer Fetzen und eines Sequesters vom Knochen des Antrum Highmori mit schließlich guter Vernarbung. Bei dem anderen Patienten mit ähnlicher Affektion hatte die Diathermie auch eine gute Wirkung, aber an einer wegen der Nähe des Auges nicht fulgurierten Stelle schreitet das Ulkus zurzeit noch fort.

Multiple melanotische Sarkome der Haut, welche möglicherweise Metastasen eines 18 Monate zuvor operierten Hautsarkoms repräsentieren, von V. W. Low. Es handelte sich um eine 34jährige Frau, welche, wie das Photogram zeigt, eine reichliche Aussaat von Knoten am linken Bein aufweist. Die 3 Monate fortgesetzte Behandlung mit Röntgenstrahlen hat gar keinen Erfolg erzielt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Januar 1912.

Kritische Studie über das Erythema polymorphum und die polymorphen Dermatitiden, von L. Brocq. In dieser interessanten Arbeit rollt Brocq die in den letzten Dezennien des vorigen Jahrhunderts heiß umstrittene Frage auf, welche Stellung im System den Hautaffektionen zukommt, welche von Duhring als Dermatitis herpetiformis und von ihm selbst als „dermatites polymorphes douloureuses" beschrieben wurden. Brocq war selbst einer der eifrigsten Verfechter der klinischen Selbständigkeit der genannten Erkrankung, hatte besonders die scharfe Trennung gegen das von der französischen Schule aufgestellte „érythème polymorphe vésico-bulleux" vorgenommen. Die aufmerksame Beobachtung langer Jahre aber haben ihn zur Überzeugung gebracht, daß diese Scheidung nicht länger haltbar ist. Denn bei der Differentialdiagnose hatte Brocq das Hauptgewicht auf die heftigen subjektiven Erscheinungen, Jucken, Brennen, Ameisenlaufen usw., gelegt. Aber gerade diese Phänomene erwiesen sich im Laufe der Zeit als nicht zur Trennung hinreichend. Denn es wurden Affektionen

Digitized by Google

beobachtet, die ihren morphologischen Charakteren nach zu den „dermatites polymorphes douloureuses“ gerechnet werden mußten, dabei aber gar nicht oder nur wenig juckten, oder erst im späteren Krankheitsverlaufe subjektive Erscheinungen zeigten. Auch die Polymorphie der Effloreszenzen, die bei den genannten Affektionen ausgeprägter sein sollte, konnte differentialdiagnostisch nicht einwandfrei verwertet werden. So haben Brocq seine Beobachtungen endlich zu der Einsicht gebracht, daß die scharfe Trennung zwischen „érythème polymorphe vésico-bulleux (Besnier-Molènes Mahon)“ und „dermatites polymorphes douloureuses“ durch nichts gerechtfertigt erscheint. Indem er nun das Erythema in die seinerzeit von Hebra gesetzten Grenzen zurückführt, läßt er das „érythème polymorphe vésico-bulleux“ gänzlich fallen und stellt die bislang hierher gewählten Erkrankungen neben die „dermatites polymorphes douloureuses“ in eine große Gruppe, die er mit „dermatites polymorphes“ bezeichnet. In dieser Gruppe gibt es dann Trennungen in schmerzhafte und nicht schmerzhafte, herpetiforme und nicht herpetiforme, akute, subakute, chronische usw. Zwischen allen diesen Formen aber gibt es fließende Übergänge.

Brocq entwickelt diese seine neue Anschauung, indem er übersichtlich in historischer Reihenfolge alle Phasen, die diese Frage durchgemacht erörtert. Zum Schluß bringt er in einer Tabelle das System der „dermatites polymorphes“.

Ein kryptogamer Parasit bei den erythematosquamösen Dermatosen vom Typus der Pityriasis rosea Gibert, von Du Bois-Genf. Verf. hatte Gelegenheit, drei Patienten mit einer erythematosquamösen Hautaffektion zu untersuchen, wobei es sich in einem Falle um eine typische Pityriasis rosea (Gibert) handelte, die anderen Male um Varietäten dieses Leidens, eine Pityriasis circinnata et marginata (Vidal) und eine Parakeratosis psoriasiformis disseminata (Brocq). Diese drei Fälle, verschieden voneinander, zeigten doch manche gemeinsame Eigenschaften in ihrem Verlaufe und Aussehen. Sie traten in wiederholten Schüben auf, generalisierten sich in einigen Tagen bis Wochen, um nach Erreichung der Akme langsam zu verschwinden. Die Einzeleffloreszenzen waren rund oder oval, mehr oder weniger rot, trocken, in verschiedener Intensität schuppend, leicht juckend. In allen drei Fällen konnte der Verfasser denselben Parasiten in den Schuppen nachweisen.

Die übliche Methode der Untersuchung der Schuppen durch Abkratzen führte zu keinem Resultate. Deshalb wird mit einem feinen Messer die verdickte Hornschicht vorsichtig abgehoben und unter einem Deckglase frisch untersucht. Man sieht an den Drüsen und Follikelmündungen Haufen runder Sporen von verschiedener (bis 5 μ) Größe, die kein Myzelium zeigen. Färbeversuche gaben kein besonderes Resultat. Die Versuche den Mikroorganismus auf verschiedenen Nahrböden zu züchten, oder ihn auf andere zu übertragen, mißlangen.

Verschiedene Eigenschaften dieses Parasiten nähern ihn dem von Vidal bei Pityriasis circinnata 1882 beschriebenen „Mikrosporon anamoeon s. dispar“. Deshalb schlägt Verf. vor, ihn bis zu seiner endgültigen Klassifizierung „Mikrosporon dispar“ zu nennen. Richard Frühwald-Leipzig.

Annales des Maladies vénériennes.

Bd. 6, Nr. 12, Dez. 1911.

1. Ein Todesfall fünf Tage nach einer Salvarsaninjektion, von H. Oltramare-Genf. Ein bei genauer klinischer Untersuchung anscheinend gesunder 48 jähriger Mann bekommt unter allen Vorsichtsmaßregeln 0,6 g Salvarsan intravenös und befindet sich zwei Tage danach vollkommen wohl. Am vierten Tage wird er bewußtlos mit Krämpfen

Digitized by Google

und Zyanose in seinem Zimmer gefunden und stirbt am darauffolgenden Morgen unter profusen Schweißen, sehr häufiger, anscheinend erschwerter Atmung und unwillkürlichem Urinabgang; dabei ist der Puls kräftig, aber sehr rasch, die anfangs erweiterten Pupillen kontrahiert. Bei der Autopsie findet sich neben chronischer Leptomeningitis eine Degeneration des Herzmuskels. Die Todesursache war eine hämorrhagische Enzephalitis.

2. Tödliche Vergiftung nach Salvarsan, von CARAVEN-Amiens. Acht Tage nach einer vorzüglich verlaufenen Salvarsaninjektion von 0,6 wird einem gesunden 21 jährigen Mann die gleiche Dosis auf dem gleichen Wege zugeführt. Am folgenden Tage beginnt der Patient über Kopfschmerzen zu klagen, dazu tritt eine Steifigkeit der oberen Extremitäten, Nackenstarre, unwillkürliche Urinentleerung, erhöhte, aber regelmäßige Pulsfrequenz, Tränenträufeln und schließlich Bewußtlosigkeit, in der der Patient am Morgen des anderen Tages unter ausgesprochener Zyanose zugrunde geht. Die Autopsie ergibt keine Zeichen einer Meningitis, doch starke Hyperämie des Gehirns und der Gehirnhäute, Hämorrhagien in Magen und Darm. Nähere Untersuchungen sollen folgen.

3. Antisyphilitische Behandlung und WASSERMANNsche Reaktion, von H. GOUGEROT und F. M. PARENT. Der aus der letzten Nummer fortgesetzte und noch nicht abgeschlossene Artikel referiert eine Anzahl Arbeiten über die Beeinflussung der WASSERMANNschen Reaktion durch Quecksilber, Jod, Hektin und Salvarsan.

4. Intravenöse Salvarsaninjektionen mittels neutraler wässeriger Suspension, von A. LÉVY-BING und L. DUROEUX. Die Verfasser besprechen Technik und Resultate der intravenösen Injektionen alkalischer und saurer Lösungen. Auf Grund der Überlegung und Experimentergebnisse, daß Salvarsan im Blute sofort umgewandelt wird in eine neutrale Suspension, sind die Verf. dazu übergegangen, eine solche Suspension direkt ins Blut einzuführen. Sie haben bereits 50 Injektionen in dieser Weise gemacht, haben ohne Schädigung dieselben Dosen wie bei alkalischer Lösung einführen können und haben keinerlei lokale und nur ganz geringe und seltene allgemeine Reaktionen beobachtet. Die Temperatursteigerung hält sich zwischen 37,5° und 38° C und die therapeutischen Resultate waren mindestens die gleichen.

5. Osteoperiostitis der Zervikalwirbel; POTTsche Krankheit syphilitischen Ursprungs; rechtsseitige Hemiplegie; Heilung, von GAUCHER, GOUGEROT und THIBAUT. Die in der Überschrift beschriebene Erkrankung fand sich bei einer 27 jähr. Frau.

6. CHRISTOPH WREN, englischer Arzt, von GEORGE PERNET-London. Berichtigung zu einer in früheren Nummern dieser „Annales" erschienenen historischen Arbeit von PAYENNEVILLE: WREN war kein Arzt, sondern Astronom und Architekt.

Bd. 7, Nr. 1, Jan. 1912.

1. Ein Jahr praktischer Erfahrungen mit Salvarsan an der venereologischen Klinik in Lyon, von JOSEPH NICOLAS & HENRY MOUTOT. Die Verf. haben bis jetzt 212 Patienten mit Salvarsan behandelt und bereits 162 länger als fünf Monate in Beobachtung. Der größte Teil der Injektionen wurde intravenös vorgenommen; von diesen eine beträchtliche Anzahl mit dem französischen Präparate von BILLON. Die therapeutischen Erfolge, die im einzelnen mitgeteilt werden, weichen im allgemeinen von den Berichten anderer Autoren wenig ab. Was die Dauerwirkung und Abortivwirkung des Salvarsans anbelangt, so weisen die Autoren mit Recht auf die jedem Syphilidologen bekannten Fälle hin, in denen nach intensiver Hg-Behandlung oder sogar ohne Behandlung jahrelang keine Erscheinungen auftreten, selbst der WASSERMANN negativ ist und doch von einer Heilung im eigentlichen Sinne nicht gesprochen werden kann. Im Hinblick auf die relativ zahlreichen Rezidive können sie eine Dauerwirkung des Salvarsans nicht anerkennen. Sie halten die Wirkung des Salvarsans auf die Syphilis

Digitized by Google

für keine spezifische und eine komplette Heilung nicht nur nach einer, sondern auch nach zahlreichen Injektionen für ausgeschlossen. Dazu kommt das Risiko und die unangenehmen Zwischenfälle, von denen sie trotz sorgfältigster Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Möglichkeiten einzelne unbedingt dem Salvarsan zuschreiben müssen. Sie erkennen dabei die prompte symptomatische Wirkung vollkommen an, belegen dieselbe im einzelnen und geben genaue Indikationen und Beschreibung aller technischen Maßnahmen, die sie bei ihrem Handeln anzuwenden pflegen. Auch bei Abwesenheit jeglicher Gegenindikationen gehen sie nur in den seltensten Fällen über 0,4 g und 3—4 Injektionen innerhalb eines Monats hinaus. Nach jeder Salvarsananwendung ist die systematische intermittierende Hg-Behandlung einzuleiten und in gewohnter Weise durchzuführen.

2. Zwei Fälle von Ikterus nach intravenösen Injektionen von Salvarsan, von Lévy-Bing & L. Duroeux. Die zwei berichteten Fälle sind die einzigen, die unter einem Material von 550 Injektionen zur Beobachtung kamen. In beiden Fällen handelt es sich um einen Icterus hepaticus, der unter geeigneter Diät sich rasch wieder zurückbildete, ohne Folgen zu hinterlassen. Ein Einfluß der Technik oder der Dosierung ist nicht nachweisbar. Der eine der Kranken hatte jahrelang in den Tropen gelebt, in dem anderen Falle lag Alkoholismus vor — beides wohl Momente, die als prädisponierend anzusprechen sind.

3. Folgen des Vertrauens in die Salvarsanbehandlung, von Broquin-Troyes. Ein 24 jähr. junges Mädchen bekam einen frischen Syphilitischen Schanker, der nach sechs Injektionen von je 0,3 Salvarsan sich prompt zurückbildete; als der Wassermann wochenlang negativ blieb, wurde das Mädchen als geheilt entlassen. Sie nahm ihren Beruf als Prostituierte wieder auf, bekam sehr bald Allgemeinerscheinungen, besonders der Schleimhäute, und übertrug in kürzester Zeit die Syphilis auf eine Reihe Personen. Im zweiten Falle zog sich ein junger Ehemann von 25 Jahren Syphilis zu, wurde mit Salvarsan behandelt und als geheilt entlassen. Er steckte bei seiner Rückkehr in die Provinz seine Frau an. Verf. warnt pathetisch vor dem Vertrauen zu Salvarsan, dem er bisher keine Dauerwirkung zusprechen kann. W. Lehmann-Stettin.

Bücherbesprechungen.

Über Pyodermien, die Infektionen der Haut mit banalen Eitererregern, von J. Jadassohn-Bern. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermatologie, der Syphilidologie und der Krankheiten des Urogenitalapparates, I. Band, Heft 2. Halle 1912, Carl Marhold.) Unter Pyodermien versteht Jadassohn die durch den Staphylo- und Streptokokkus hervorgerufenen Dermatosen, und in vorliegender Arbeit behandelt er besonders die exogen entstehenden Pyodermien im Gegensatz zu den auf hämatogenem Wege zustande kommenden, den pyämischen Dermatosen.

Die exogenen Pyodermien werden in natürlicher Weise in solche eingeteilt, welche durch den Staphylokokkus und solche, welche durch den Streptokokkus hervorgerufen werden; weitere Unterabteilungen gibt J. in einem übersichtlichen Schema, aus dem folgende Dermatosen besonders hervorzuheben sind:

A. Staphylodermien
  1. zirkumskript und an die Hautorgane gebunden
    a) an den Schweißdrüsenapparat
      α) Staphylodermia periporitica = Schweißdrüsenausführungspustel der Säuglinge

Digitized by Google

β) Staphylodermia sudoripara suppurativa = Schweißdrüsenabszeß der Säuglinge

b) an den Haartalgdrüsenapparat

α) Staphylodermia follicularis superficialis = Impetigo (Bockhart)

β) Staphylodermia follicularis profunda (necrotica) = Furunkel

2. diffus: Phlegmone staphylogenes (Staphylodermia phlegmonosa)

B. Streptodermien

1. zirkumskript, aber nicht an Hautorgane gebunden

a) Streptodermia superficialis = Impetigo contagiosa

b) Streptodermia epidermo-cutanea = Ecthyma simplex

2. diffus

a) Streptodermia cutanea lymphatica = Erysipel

b) Streptodermia phlegmonosa = Phlegmone streptogenes.

Was die Erkrankungen im einzelnen anbelangt, so steht für die multiplen Abszesse der Säuglinge fest, daß es sich um Schweißdrüsenabszesse handelt, welche im peripher sten Teil der Ausführungsgänge beginnen (Lewandowsky). Die Impetigo Bockhart ist als selbständige Exanthemform selten und kommt häufiger bei Ekzemen oder artefiziellen Hautreizungen vor. Das strittigste und wichtigste Gebiet stellt die Impetigo contagiosa oder vulgaris dar. Nach den an Jadassohns Klinik seit Jahren besonders von Lewandowsky gemachten Untersuchungen steht aber doch jetzt fest, daß, wie Sabouraud schon früher behauptete, der Streptokokkus als Erreger der gewöhnlichen Impetigo contagiosa anzusehen ist. Allerdings wurden auch einige seltene Fälle gefunden, bei denen nur Staphylokokken als Erreger nachgewiesen wurden. Jadassohn bezeichnet diese Fälle als atypische Impetigo contagiosa und glaubt bei denselben auch klinische Eigentümlichkeiten und Unterscheidungsmerkmale feststellen zu können. Dazu gehören besonders dünne, firnisartige Krusten, auffallende Lokalisation, vielleicht auch besonders gut ausgebildete, wasserhelle Blasen und zurückbleibende Pigmentflecke, während nach der streptogenen Impetigo bekanntlich rote Flecke lange Zeit persistieren. Diese staphylogene Impetigo contagiosa scheint auch im Kapitel des Pemphigus neonatorum eine Rolle zu spielen, natürlich nicht beim wahren Pemphigus, sondern bei der kontagiösen exogenen Infektionskrankheit der Neugeborenen, welche eher als „Pemphigoid" bezeichnet werden sollte. Bei dieser Krankheit wurden niemals Streptokokken, sondern immer nur Staphylokokken gefunden. Zu dieser Beziehung ist nun ein in Jadassohns Klinik beobachteter Fall von großem Interesse. Bei einem Kinde mit Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter von Rittershain) entwickelten sich nachträglich typische Pemphigusblasen, aus denen nur Staphylokokken gezüchtet werden konnten. Die Mutter dieses Kindes hatte eine atypische Impetigo am Kinn, die ebenfalls staphylogen war. Übrigens spricht dieser Fall auch dafür, daß es sich bei der Dermatitis exfoliativa neonatorum wahrscheinlich um eine diffuse Staphylodermia superficialis handelt. Außerdem kommt in Japan eine hochgradig kontagiöse Impetigo vor, die nur durch Staphylokokken bedingt ist und klinisch ganz der oben erwähnten atypischen staphylogenen Impetigo entspricht.

Beim Ekthyma wurden ebenfalls durch Lewandowsky Streptokokkenreinkulturen gefunden, wenn auch bei hochgradiger Entwicklung häufig eine Sekundärinfektion durch Staphylokokken hinzukommt. Impetigo und Ekthyma stehen in engster Beziehung zueinander. Letzteres unterscheidet sich von ersterer nur durch die tiefere, epidermidalkutane Lokalisation in der Haut.

Außer diesen selbständigen Pyodermien behandelt dann Jadassohn diejenigen, welche als Komplikationen oder Folgeerscheinungen anderer Krankheitszustände, sei es

Digitized by Google

der Haut, sei es der inneren Organe vorkommen. Zu erwähnen sind hier besonders seine kritische Darlegung des Verhältnisses der Staphylo- und Streptokokken zum Ekzem.

In einem Schlußkapitel werden dann die therapeutischen Maßnahmen bei den Pyodermien in eingehender Weise besprochen. A. Gunsett-Straßburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Der konstante Strom bei bullösen Dermatosen, von J. Peyri. (Ann. d'électrobiol. et de radiol., Okt. 1911.) P. hat den konstanten Strom in therapeutischer Absicht bei künstlichen Verbrennungen und bei Blasenausschlägen (Pemphigus) angewendet. Er kam zu folgendem Resultate: 1. der konstante Strom hat eine antiphlogistische und analgesierende Wirkung; 2. bei Verbrennungen konnte die erstere, sowie die Beschränkung der toxischen Wirkung der nekrotischen Teile histologisch nachgewiesen werden; 3. bei bullösen Dermatosen werden die einzelnen Eruptionen verzögert oder unterdrückt, die Einzeleffloreszenzen nehmen einen rascheren Verlauf und die subjektiven Beschwerden werden gebessert. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Vakzine- (Bakterine-) Therapie in Nordamerika, von C. T. Noeggerath-Berlin. (Ther. Monatsh., August 1911.) Die beiden Maxime: Verzicht auf die Bestimmung des opsonischen Index und die Bevorzugung der käuflichen Stammvakzine bedeuten eine wertvolle Vereinfachung der Methode.

Die Dermatologen Engmann und Gilchrist benutzten bei Staphylokokkenerkrankungen mit Erfolg die Albusstockvakzine. Letzterer behandelte auf Grund einer vom Verfasser mit Recht als eigenartig bezeichneten Einteilung der Hautkrankheiten (nämlich in solche, bei denen der Staphylococcus aureus oder albus allein, in solche, bei denen er als Begleiter gefunden wird, ferner in diejenigen, in welchen aus dem Darm stammende, von ihm hergeleitete Toxine als Krankheitsursache angenommen werden und schließlich in Krankheiten unbekannter Ätiologie), so ziemlich bei allen Hautkrankheiten versuchsweise mit Vakzine.

Bei Ekzem sah Gilchrist gute Erfolge, und zwar besonders bei seborrhoischen, pustulösen und sezernierenden Formen. Engmann hält nur die sekundären entzündlichen Erscheinungen des Ekzems, nicht aber den primären Katarrh für beeinflußbar. Besonders gut scheint die Follikulitis beeinflußbar, auch Heilungen von Staphylokokkendermatitis und Rosazea werden berichtet.

Das Gebiet für die Gonokokkenbakterine bilden subchronische Komplikationen: Gelenk, Auge, Prostata, während der akute und inveterierte Tripper nicht beeinflußt werden. Arthur Schucht-Danzig.

Die praktische Anwendung von Bakterienvakzine, von Martin J. Synnot-Montclair. (Med. Record, 14. Okt. 1911.) Aus der eingehenden Monographie ist von dermatologischem Interesse, was Verf. über Erysipel, Akne und Tripper sagt: Erysipel wird mit bestem Erfolg mit käuflicher Streptokokkenvakzine behandelt, wobei in sehr schweren Fällen praktisch mit 5 Millionen, in weniger schweren mit 10 Millionen Streptokokken begonnen wird. Die zweite Dosis soll nur die Hälfte betragen, weiterhin sind aber die ersten Dosen jeden Tag zu wiederholen, und zwar eine Woche länger, als Temperatursteigerung und Hauterscheinungen andauern.

Auch bei Akne sind die Resultate durchweg sehr gute, doch muß eine gemischte

Digitized by Google

Vakzine gegeben werden, die in jedem Kubikzentimeter 20 Millionen Aknebazillen und 500 Millionen Streptokokken enthält. Die Injektionen können aller 4—10 Tage in jeweils doppelten Dosen wiederholt werden, und es empfiehlt sich, die Vakzine aus den Pusteln der betreffenden Fälle herzustellen; doch lassen sich auch mit käuflicher Vakzine Resultate erreichen; dabei soll aber nicht auf die lokale Behandlung verzichtet werden.

Bei Tripper muß schon wegen der Schwierigkeit der Herstellung meist zu käuflicher Vakzine gegriffen werden; die Resultate sind bei Gelenkerkrankungen, doch auch bei chronischer Urethritis nicht schlecht; bei akuter Urethritis muß vor Überdosen gewarnt werden und oft zu einer vom Eiter des Patienten selbst hergestellten Vakzine gegriffen werden. Kleinere Dosen der Gonokokkenvakzine enthalten 1—2 Millionen, mittlere Dosen 5—25 Millionen Kokken; die Injektionen können aller 3—14 Tage wiederholt werden, kleinere Dosen in kürzeren, größere in längeren Zwischenräumen.

Die Dosierung ist eine Sache der Erfahrung und richtet sich am besten nach genauester Beobachtung der klinischen Symptome; jedenfalls kann auf den sog. opsonischen Index, trotz lebhafter Empfehlung von autoritativer Seite, in den meisten Fällen verzichtet werden. W. Lehmann-Stettin.

Resultat der Vakzinebehandlung in zwei Fällen, von C. L. McDonald-Cleveland. (Med. Record, 21. Okt. 1911.) In einem Falle handelte es sich um eine Handphlegmone, bei der trotz operativen Eingriffes die Schwellung und Absonderung anhielt; im zweiten Falle um einen Brustabszeß, der trotz mehrfacher Operation noch regelmäßig täglich mehrere Kubikzentimenter flüssigen Eiter entleerte. In beiden Affektionen fand sich Staphylococcus albus. Nach mehrmaligen hohen Dosen käuflicher Staphylokokkenvakzine (150—300 Millionen pro Dosis) prompte Heilung.

W. Lehmann-Stettin.

Über Vakzinetherapie einiger Hautkrankheiten und Tripperkomplikationen, von Leon Feuerstein. (Tygodnik lekarski, 1911, Nr. 35—36.) Nach kurzer Schilderung des Wesens der Opsoninbehandlung, bespricht Verf. die Art und Weise der Zubereitung verschiedener Vakzinen und deren Anwendung in der Behandlung der Hautkrankheiten und referiert über eigene Erfahrungen. Verf. wendete die Opsoninbehandlung in 4 Fällen hartnäckiger, oft rezidividierender Furunkel an. In allen Fällen wurde frisch zubereitete Autovakzine verwendet. In 3 Fällen, die durch den Staphylococcus aureus hervorgerufen waren, wurde eine auffallend günstige Beeinflussung der Krankheit beobachtet: Es genügten 2—4 Injektionen (in der Dosis von 100—400 Millionen Staphylokokken pro dosi) um den Prozeß zum Stillstand zu bringen und weitere Rezidive zu verhüten. In dem vierten Falle — in welchem Staphylococcus albus das ätiologische Moment bildete — war der Erfolg weniger günstig; allerdings mußte hier die Behandlung aus äußeren Gründen vorzeitig unterbrochen werden. Nach kurzem Bericht über die Erfahrungen anderer Verfasser mit der Vakzinebehandlung anderer Hautkrankheiten, übergeht Verf. zu den Ergebnissen, die er bei der Behandlung einiger blennorrhoischer Komplikationen erhalten hat. Den akuten Tripper selbst hat Verf. nicht behandelt, da er nach der bestehenden Literatur zur Überzeugung gekommen ist, daß hier ein Erfolg nicht zu erwarten wäre. Wegen Schwierigkeiten, bzw. Unmöglichkeit der Herstellung von Autovakzine in den Fällen von blennorrhoischen Metastasen, verwendete Verf. Heterovakzine, die er in der Regel sich selbst herstellte, zum Teil aber in Form von „Arthigon" (Bruck) von der „Chemischen Fabrik auf Aktien" zu versuchen erhielt. Die vom Verf. benützten Dosen waren viel höher, als die von Bruck empfohlenen; die Dosen von 40—80—160—200 Millionen wurden ohne wesentliche allgemeine Reaktionen, mit sehr gutem Erfolge von Patienten vertragen. In 4 Fällen von Tripperrheumatismus, deren Krankengeschichten angeführt werden, war der Erfolg ein auffallend günstiger:

Digitized by Google

Die Schmerzhaftigkeit ließ bereits nach der ersten, bzw. zweiten Injektion nach; zur vollkommenen Heilung bedurfte es 6—8 Injektionen, im Verlaufe von 3—4 Wochen. Viel weniger erfolgreich wurden 4 Fälle von Bartholinitis blennorrhoica behandelt. Der in einigen Fällen gleichzeitig vorhandene Ausfluß aus der Harnröhre wurde in keinem Falle von der Vakzinetherapie sichtbar beeinflußt.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über Vakzinetherapie, von G. Arbour Stephens-Swansea. (Dublin Journ. med. Science, Nr. 474.) Schourp-Danzig.

Beiträge zur Hefetherapie, von L. Ritter v. Korczynski-Sarajewo. (Österr. Ärztezeitung, 1911, Nr. 10.) Der Verf. machte Versuche mit einem von E. Rath in Frankfurt hergestellten, aus einer Mischung von Trockenhefe, Pankreaspulver und Natriumphosphat bestehendem Präparat, Fermozyl genannt und sah damit gute Erfolge bei Diabetes, Darmkrankheiten und Furunkulose. Gunsett-Straßburg.

Aderlaß und Kochsalzinfusion in der Dermatologie, von Julius Simon-Heidelberg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 48.) Durch Venenpunktion wurden 100—200 ccm Blut entnommen und gleich durch dieselbe Kanüle 3—700 ccm 0,9%igen steriler Kochsalzlösung injiziert. Diese Prozedur wurde mit Intervallen von 5—6 Tagen drei- bis sechsmal wiederholt, ohne daß je Nebenerscheinungen, selbst bei Greisen bis zu 73 Jahren, auftraten, so daß das Verfahren sogar ambulant angewandt werden konnte. Zur Behandlung gelangten Pruritus universalis senilis, lokalisierter Pruritus, Urtikaria, Oedema fugax, gewisse Formen von chronischem Ekzem, Psoriasis, chronisch-rezidivierende Furunkulose und ein Fall von Pemphigus chronicus. Am glänzendsten wurden die Fälle von Pruritus und Urtikaria durch diese Therapie beeinflußt, auch einige verzweifelte Fälle von ausgebreitetem chronischen juckenden Exzem, bei denen schon alle möglichen Therapien, einschließlich Röntgen, versucht worden waren, wurden in überraschend schneller Zeit geheilt. Auch bei einer chronisch-rezidivierenden Furunkulose des Nackens wurde ein guter Erfolg erzielt. Nicht aber bei Psoriasis. Gunsett-Straßburg.

Der Kohlensäureschnee in der Behandlung der Dermatosen, von Marcel Beix. (Inaug.-Dissert., Paris, 1911, Nr. 399.) Verfasser gibt zunächst nach einer historischen Einleitung einen Überblick über die bisherige Literatur, berichtet dann über Eigenschaften, Vorteile und Nachteile des Kohlensäureschnees, über das Instrumentarium, die Technik der Behandlung, über histologische Fragen und im Schlußkapitel über die therapeutischen Indikationen: Lupus erythematosus, Nävi, oberflächliche Epitheliome, Lupus vulgaris, Xeroderma pigmentosum, andere Dermatosen. Die fleißige Arbeit schließt mit einem brauchbaren Literaturverzeichnis, welches 81 Nummern aufweist. Der Nutzen dieses therapeutischen Agens ist ein vielseitiger. Da die Radiotherapie, die Finsentherapie, die Heißluftbehandlung, der Thermokauter, welche fast die gleichen Indikationen aufweisen, eine kostspielige Einrichtung erfordern und eine geübte Hand verlangen, ist es jedem Arzt, selbst in der kleinsten Stadt möglich gemacht, sich Kohlensäureschnee zu verschaffen. Seine Handhabung ist die denkbar einfachste, seine Anwendung frei von Unzuträglichkeiten. Verfasser hat das Mittel bei 31 Fällen von Lupus erythematosus zur Anwendung gebracht. Er erzielte 25% Heilung und 65% Besserung. 13 Fälle von Anwendung des Kohlensäureschnees bei Nävi weisen acht völlige Heilerfolge auf. Morton, der 121 Fälle von Naevus vasculosus damit behandelte, will sogar 90% Heilerfolge erzielt haben. Die Krankheitsentwicklung konnte auch in einigen Fällen von oberflächlichen Epitheliomen, Ulcus rodens und Papillomen aufgehalten werden. Bei Lupus tuberculosus, Tuberculosis verrucosa sind die Resultate zweifelhaft, bei Xeroderma, Akne keloidiformis sind die Erfahrungen noch nicht zahlreich genug, um ein abschließen-

Digitized by Google

des Urteil zu erlauben. Im allgemeinen verdient aber das Verfahren eine allgemeine Anwendung und in Verbindung mit den üblichen anderen Methoden besonders beim Lupus erythematosus. Fritz Loeb-München.

Die feste Kohlensäure in der Dermatologie, von J. Ménau-La Bourboule. (Gaz. de hôp., 1911, Nr. 147.) Méneau empfiehlt den Kohlensäureschnee besonders zur Behandlung des Lupus erythematodes, der Nävi, der Verrucae und oberflächlichen Epitheliome im Beginn. Die Technik der Gewinnung des Schnees weicht nicht von der üblichen ab. Applikationen von 10—30 Sekunden zeigten sich in der Praxis am vorteilhaftesten. Sie verursachen keine Schmerzen und keine Narbenbildung. Längere Applikationen sollen nur gemacht werden, wenn man rasch und radikal pathologisches Gewebe zerstören will. Gunsett-Straßburg.

Die Technik der Kohlensäureschneebehandlung bei Hautkrankheiten, von Arthur Strauss-Barmen. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1911, Nr. 13.) Zur Gewinnung und Applikation des Kohlensäureschnees werden hierzu geeignete Formen aus Metall angegeben, die von der Firma Franz Stamm & Co. in Ohligs ausgeführt werden. Arthur Schucht-Danzig.

Dünne Stifte von Kohlensäureschnee für die allgemeine Praxis, von J. A. Swindale-Whitchurch. (Brit. med. Journ., 10. Juni 1911.) Verf. beschreibt (mit Abbildung) die von ihm zweckmäßig befundenen Vorrichtungen in Gestalt eines ca. 7 cm langen, 2,5 cm im Durchmesser betragenden massiven Stahlzylinders, der an einem Ende trichterförmig ausgehöhlt und im übrigen ungefähr rabenfederkieldick durchbohrt ist; es gehört dazu ein entsprechender Stempel. Außerdem empfiehlt er die von einer Londoner Firma zu beziehenden kleinen (40 cm langen) Kohlensäurebomben. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die therapeutische Wirkung von Kohlensäureschnee, Methoden der Gewinnung und der Anwendung derselben, von J. Hall-Edwards-Birmingham. (Lancet, 8. Juli 1911.) Der vom Verf. konstruierte und hier abgebildete und besprochene Apparat (in Birmingham von Harris & Co. fabriziert) scheint sehr handlich und zweckmäßig zu sein. Die ausströmende Kohlensäure wird ohne Verlust in einem Zylinder aufgefangen, der dann zugleich als Halter dient. Analoge Instrumente sind allerdings schon anderweitig, auch von deutschen Verfassern bekanntgegeben. In bezug auf therapeutische Erfolge gibt diese Arbeit im wesentlichen nur eine Bestätigung von sonstigen Publikationen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Anatomische und klinische Beiträge zur Behandlung der Angiome und Nävi mittels Kohlensäureschnee, von Albert Salomon. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 109, Heft 5—6.) Die Wirkung des Kohlensäureschnees beruht auf einer Verödung des kutanen und der obersten Schichten des subkutanen Angiomgewebes bei wesentlich intakter Epitheldecke. Die Therapie eignet sich daher nur bei oberflächlichen einfachen Angiomen, diffusen roten Muttermälern, Teleangiektasien und den braun pigmentierten Nävi; sie ist ungeeignet für plexiforme Angiome und für die eigentlichen Kavernome. Die kosmetischen Resultate sind sehr gut; jegliche Narbenbildung fehlt oder die entstandenen Narben sind äußerst zart und liegen im Hautniveau. Schourp-Danzig.

Neuralgie nach Gebrauch fester Kohlensäure, von L. F. Ochs-New York. (Med. Record, 17. Sept. 1911.) Unter zahlreichen gut beeinflußten und günstig verlaufenen Fällen hat Verf. drei gesehen, in denen eine vorübergehende Neuralgie des in dem behandelten Bezirk in Frage kommenden Nerven auftrat. In zwei Fällen kehrte die Neuralgie nach jeder Applikation der Kohlensäure wieder. W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Zur physiologischen Wirkung der Kohlensäurebäder, von GOLDSCHEIDER-Berlin. (Med. Klinik, 1911, Nr. 20.) Verf. nimmt Stellung zu der Theorie von SENATOR und FRANKENHÄUSER, welche eine eigenartige Reizung der Blutgefäße durch thermische Kontrastwirkung als das wesentliche bei den CO_2-Bädern hinstellten. Diese Kontrastwirkung sei bei CO_2-Bädern besonders stark, da CO_2 im Verhältnis zu Luft und Sauerstoff sowohl eine geringere spezifische Wärme, als ein geringeres Wärmeleitungsvermögen besitze. Diese Unterschiede hält Verf. aber für zu gering, um dadurch die starke Wärmeempfindung bei Einwirkung der gasförmigen Kohlensäure zu erklären. Seine Versuche deuten vielmehr darauf hin, daß es sich um eine unmittelbare Reizung der Wärmenerven durch das Kohlensäuregas handelt und nicht um eine wirkliche Wärmezunahme der Haut. Arthur Schucht-Danzig.

Die plastische Massage in der Behandlung der Hautkrankheiten, von LUCIEN JACQUET. (Paris méd.) Die Methode des Verf. besteht in einer energischen Knetmassage der Gesichtshaut, im Verein mit einer aktiven Bewegung sämtlicher Gesichtsmuskeln. Sie soll besonders bei Akne, Seborrhöe, Zyanose und ähnlichen Krankheiten von Wert sein. Gunsett-Straßburg.

Über THIERSCHsche Hautverpflanzung, von EMIL SCHEPELMANN-Halle a. S. (Med. Klinik, 1911, Nr. 27.) Es wird die Anwendung der GROSSICHschen Desinfektionsmethode und der Anästhesierung durch Äthylchlorid empfohlen, wobei der gefrorene Hautlappen in einem Stück sich als starre Masse auf die Wunde übertragen läßt. Die vorher mit Jod bepinselten Granulationen werden nach der alten THIERSCHschen Vorschrift mit dem scharfen Löffel abgekratzt. Arthur Schucht-Danzig.

Die Einwirkung des Alkohols auf gewisse Hauterkrankungen, von L. D. BULKLEY-New York. (Med. Record, 19. Feb. 1910.) Auf Grund seiner Erfahrungen unterschreibt Verf., was einzelne französische Verf. über den Verlauf der Syphilis bei Alkoholmißbrauch geäußert haben: Späterscheinungen der Syphilis auch nach vorausgegangenen Quecksilberkuren und ulzerierte Syphilide finden sich besonders bei Trinkern. Von den Hautkrankheiten, bei denen die Zufuhr von Alkohol auch in den kleinsten Quantitäten fast regelmäßig ungünstig zu wirken pflegt, führt Verf. die Rosazea auf, die Akne, die Psoriasis und besonders das Ekzem; er ist der festen Überzeugung, daß viele hartnäckige Ekzeme, auch solche umschriebener Art, nur deshalb der Behandlung widerstehen, weil dem Patienten der Alkohol nicht strikte in jeder Form entzogen ist. Er gibt allerdings zu, daß es nicht der Alkoholgehalt allein ist, der schädlich wirken kann, sondern auch die mancherlei anderen Ingredienzien, die sich in alkoholischen Getränken zu finden pflegen, und daß infolgedessen ein großer Unterschied in der Wirkung der verschiedenen Getränke zu konstatieren ist. Am ehesten vertragen wird leichter Rotwein mit Wasser. Im übrigen erkennt er die medizinischen Qualitäten des Alkohols besonders bei äußerlicher Applikation wohl an. W. Lehmann-Stettin.

Persönliche Erfahrungen mit reiner Reisdiät bei akuten entzündlichen Erkrankungen der Haut, von DUNCAN BULKLEY-New York. (Med. Record, 28. Januar 1911.) Aus volumetrischen Harnanalysen hat Verf. den Eindruck gewonnen, daß bei zahlreichen Hauterkrankungen Störungen in der Ausscheidung bestimmter Harnbestandteile vorliegen, insonderheit Mängel im Stickstoff-Stoffwechsel, die bei akuten Affektionen stärker bemerkbar werden, als bei chronischen. Er glaubt, daß das Fernhalten stickstoffhaltiger Nahrungsmittel der Leber wie der Niere die Ausscheidung stickstoffhaltiger Substanzen erleichtert. Von diesem Gesichtspunkt aus hat er eine Reihe von Fällen von akutem Ekzem und bullöser Dermatitis nur Reis, Weißbrot mit Butter, und Wasser erlaubt und stets einen prompten Rückgang der entzündlichen Erscheinungen und vor allem der

Digitized by Google

subjektiven Symptome, des quälenden Juckens usw. erreicht, so daß er diese Diät nur empfehlen kann. Er verlangt aber striktes Fernhalten aller anderen Nahrungs- oder Genußmittel, gibt aber den Reis durchschnittlich nur etwa fünf Tage lang, um dann nach und nach zu einer leichten gemischten, allerdings immer noch vegetarischen Kost zurückzukehren. Er hat diese Diät mit bestem Erfolge an sich selbst ausgeprobt, anläßlich einer rezidivierenden ekzemartigen Erkrankung der Finger, die der Beschreibung nach an Dysidrosis erinnert, während er sie selbst auf gichtische Veranlagung und Zurückhaltung stickstoffhaltiger Substanzen im Organismus zurückführen möchte.

W. Lehmann-Stettin.

Weitere Mitteilungen über das elastische Heftpflaster, von H. Bardach-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 46.) B. macht von neuem auf das schon früher von ihm angegebene elastische Heftpflaster aufmerksam, das die Kraft hat, auseinanderstrebende Hautpartien zusammenzuziehen und in der gewünschten Lage festzuhalten. Das Pflaster ist bis zu einem gewissen Grade sterilisierbar, da es in strömendem Dampf nach zehn Minuten weder die Spannkraft des Kautschucks, noch die Klebekraft der Pflastermasse einbüßt, ist vollkommen undurchlässig und läßt sich auf der Haut besser applizieren als Verbandstoffe. W. Lehmann-Stettin.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Ein Fall von periodischer Speicheldrüsenschwellung, von Viktor Lange-Kopenhagen. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 6.) Verfasser beobachtet bei einem Syphilitiker periodische Anschwellung aller Speicheldrüsen in immer kürzeren Intervallen, meist verknüpft mit Nieß- und Hustenanfällen. Antisyphilitische Therapie war dagegen erfolglos, so daß Verfasser auch an nervöse Anfälle denkt und um Meinungen der Kollegen bittet. Caesar-Dresden.

Bericht über die Tätigkeit des pathologisch-anatomischen Instituts der Universität Santiago de Chile in den Jahren 1908 und 1909, von Westenhoeffer. (Berl. klin. Wochenschr. 1911, Nr. 24.) Die Syphilis ist in Chile auf dem Sektionstisch außerordentlich selten zu konstatieren, trotzdem sie daselbst klinisch sehr häufig ist. Retrahierende Narben werden fast an keinem Penis vermißt, eine Affektion, die ein Assistent des Verfassers „el pene chileno" taufte. Dementsprechend konnte Verfasser im Volke mit zwei Ausnahmen nie eine syphilitische Sattelnase entdecken. Sehr selten sind ferner Krankheitsfälle von Tabes und Paralyse. Diese Tatsachen veranlassen Verfasser zu dem Schluß, daß in Chile die Syphilis milde und das Nervensystem viel weniger abgenutzt ist, als bei den Europäern, oder aber, daß die mangelhafte Quecksilberbehandlung das Nervensystem nicht geschädigt und damit weniger disponiert hat zu den postsyphilitischen Erkrankungen.

In historischer Beziehung deutet er diese Befunde im Sinne einer für die Herkunft der Syphilis aus Amerika sprechende Tatsache.

Im Gegensatz zu den übrigen Syphiliserscheinungen ist dagegen die Syphilis des Gefäßsystems in Chile nicht selten.

Prostatahypertrophie ist in Chile häufig; die zahlreich exzidierten Organe ergaben meist den Befund glandulärer Hypertrophie mit relativ häufiger Eiterung in den Drüsenkanälchen.

Dann werden zwei schwere Fälle von Purpura angeführt.

Die Pocken sind in Chile endemisch, zuweilen kommt es zu Epidemien, wie 1909

Digitized by Google

in Santiago, wo im Pockenlazarett San José 3955 Pockenkranke aufgenommen wurden und 2150 = 54,36% starben. Diese bisher höchste beobachtete Mortalitätsziffer hatte ihren Grund in den häufigen Komplikationen mit Bronchopneumonie. Ein Impfgesetz ist trotz derartiger Verhältnisse in Chile nicht zu erreichen. Die Zustände in den sogenannten Pockenlazaretten spotten zumeist jeder Beschreibung.

Arthur Schucht-Danzig.

Verschiedenes.

VII. Internationaler Dermatologenkongreß in Rom, 8. bis 13. April 1912.

a) Verhandlungsthemata.

I. Welchen Einfluß haben die neuen ätiologischen und experimentellen Untersuchungen auf die Richtung der Syphilisbehandlung und auf die Möglichkeit der Immunisierung und einer radikalen oder abortiven Behandlung der Infektion ausgeübt? Referent: Neisser-Breslau; Korreferenten: Ehrlich-Frankfurt a. M., Hallopeau-Paris, Finger-Wien, Milian-Paris-, Truffi-Savona.

II. Resultate der physikalischen Therapie der Hautkrankheiten. Referent: Pellizzari-Florenz; Korreferenten: Forchhammer-Kopenhagen, Wickham-Paris, Schiff-Wien, Malcolm Morris-London, Rosenthal-Berlin, Holländer-Berlin, Pini-Bologna.

III. Blastomykose, Sporotrichose und Beziehungen zu analogen Prozessen. Referenten: de Beurmann und Gougerot-Paris; Korreferenten: Buschke-Berlin, Ravogli-Cincinnati, Gilchrist-Baltimore, Splendore-San Paolo, Vignolo-Lutati-Turin, Pasini-Mailand.

b) Angemeldete Vorträge.

Simpson-Washington, Etiology of Epithelioma; Dubreuilh-Bordeaux, L'influence de la lumière solaire sur le développement de l'épithélioma cutané; Winkler-Wien, Études histologiques sur le cancer; Hoffmann-Bonn, Multiple Trichoepitheliome; Arning-Hamburg, Über noduli cutanei; Pasini-Mailand, Sarcoma a cellule giganti; Campana-Rom, Sulla lepra; Falcao-Lissabon, Cas de lèpre unilaterale; Stanziale-Neapel, Inoculazioni di materiale leproso nel coniglio; Verrotti-Neapel, Lepra dei conigli; Petrini de Galatz-Bukarest, Traitement de la lèpre; Peyri Rocamora-Barcelona, Il «606» en la lepra; Piccardi-Turin, L'antileprol; Bertarelli-Mailand, Lepra curata con acido fenico.

Whitfield-London, Eczematoid eruptions due to trichophyton; Majocchi-Bologna, Granuloma tricofitico; Mazza-Modena, Granuloma tricofitico sperimentale; Bosellini-Bologna, Kerion da trichophyton faviforme; Pecori-Rom, I tricofiti di Roma; Vignolo-Lutati-Turin, Le tigne di Torino; Cappelli-Florenz, Sulle tricofizie; Pasini-Mailand, Tigna microsporica da microsp. iris; Pasini-Mailand, Epidemia di tigna microsporica da microsp. concentr.; Martino-Turin, Granuloma tricofitico Majocchi; Castelani-Colombo, Tinea imbricata; Cicero-Mexico, L'école pour enfants teigneux de Mexico; Gougerot-Paris, Tuberculides cutanées; Petrini de Galatz, Cas de tuberculides lupoides; Gougerot und Laroche-Paris, Tuberculides cutanées; Bosellini-Bologna, Sulle tuberculidi; Nicolas und Favre-Lyon, Formations histologiques tuberculoides dans la syphilis tertiaire; Peyri Rocamora-Barcelona, Alopecias en las tuberculosis viscerales; Serrano M. y Alvarez de Aja-Madrid, Tratamiento de tubercúlides por et método de Bier; Hügel-Straßburg, Das Lévy'sche Tebean in der Lupustherapie; Ravogli-Cincinnati, The influence of Syphilis on Tuberculosis; Burzi-Turin, Tubercolina nella diagnosi della sifilide; Nicolas und Favre-Lyon, La tuberculine chez les syphilitiques; Fontana-Turin, Diagnosi della sifilide mediante

Digitized by Google

la intradermoreazione; Arndt und C. A. Hoffmann-Berlin, Ätiologie des Lupus eryth.; Verrotti-Neapel, Lupus eritematoso disseminato; v. Petersen-St. Petersburg, Statistique du lupus vulg.

Baermann-Petoemboekan, Die tropische Frambösie und die Syphilis; Bruck-Breslau, Serodiagnose der Syphilis; Simonelli-Siena, Ereditarietà della sifilide sperim.; Rosenthal-Berlin, Injections intraven. du Salvarsan; Touton-Wiesbaden, Über Solitärsekundäraffekte und Riesenpapeln bei Salvarsanbehandlung; Leredde-Paris, Action du Salvarsan dans le tabes dorsal.

v. Zeissl-Wien, Heilwirkung des Salvarsan; Mc Donagh-London, Salvarsan in practice; Malinowsky-Warschau, Valeur du «606»; Jsaac-Berlin, Salvarsantherapie; v. Zumbusch-Wien, Erfahrungen mit Ehrlich-Hata; Marschalkó-Klausenburg, Injections intravein. de Salvarsan; Scholtz und Salzberger-Königsberg, Dauerwirkung der Salvarsanbehandlung; Sanchez-Covisa-Madrid, Causas de la fievre por el Salvarsan; Burzi-Turin, Arsenobenzolo e sistema cardio-vascolare; Fontana-Turin, Influenza del Salvarsan sul gusto e sull'olfatto; Oppenheim-Wien, Rezidive nach 606; Cappelli-Florenz, Ricambio materiale in alcuni sifilitici curati col Salvarsan; Lewandowsky-Hamburg, Histolog. z. Salvarsanwirkung; Joannidès-Cairo, Salvarsan ou Mercure; Duhot-Brüssel, Traitement de la Syphilis par le «606»; Galimberti-Rom, Recenti preparati nella cura della sifilide tardiva; Sack-Heidelberg, Zur Salvarsantherapie; Valsamaki-Athen, Statistique sur le traitement par le «606»; De Napoli-Bologna, Sifilide curata coll' arseno-benzolo; De Mello Breyner-Lissabon, Arsenobenzol; Bertarelli-Mailand, Rimedio Pollini nella sifilide.

Milian-Paris, De la réaction de Wassermann; Blumenthal-Berlin, Salvarsanbehandlung und Wassermannsche Reaktion; Müller-Wien, W.sche Reaktion bei Salvarsantherapie; Verrotti-Napoli, Sieroreazione di W.; Blanck-Potsdam, W.sche Reaktion; Ledermann-Berlin, Über W.sche Reaktion; Mc Donagh-London, Action of Salvarsan; Cipolla-Palermo, Reazione di W.; Sipari u. Mariotti-Neapel, Reazione di Bauer e Wassermann; Sipari u. Ayala-Neapel, Valore della siero-reazione dell'epifanina per la diagnosi della sifilide; Cipolla u. Di Cristina-Palermo, Conigli trattati con nucleo-proteide di eredosifilitici; F. Lesser-Berlin, Beziehungen des Lecithins zur Syphilis; Herm. Mayer-Berlin, Pseudo-negative W.sche Reaktion; Klausner-Prag, Biochemie des Blutserums bei Lues; Schereschewsky-Dresden, Kultur der Spirochaete pallida; Hoffmann-Bonn, Kaninchensyphilis; Tomasczewski-Berlin, Überimpfbarkeit der malignen Syphilis.

Rosolimos-Athen, Traitement de la syphilis; Sachs-Wien, Präventivbehandlung der Syphilis; Filaretopulo-Athen, Traitement abortif de la syphilis; Hecht-Prag, Abortivbehandlung bei Syphilis; Perrin-Marseille, Des syphilis abortives; Montesanto-Athen, Traitement abortif de la Syphilis; Nobl-Wien, Zur Syphilisabortion; Oppenheim-Wien, Kombinationsbehandlung der Syphilis: De Azua-Madrid, Tratamiento por Salvarsan y Calomelanos; Marriotti-Neapel, Mercurio colloidale elettrico; De Aragao-Bahia, Traitement par l'hectine; Renault-Paris, Effets nocifs par traitement trop prolongé; Fiocco und Oro, Profilassi delle malattie veneree; Dreuw-Berlin, Prostitution und Ehrlich-Hata 606; Dreyer-Köln, Diagnose der Ulcera dura; Merzbach-Berlin, Pederastia e infezioni dell' ano.

Radaeli-Sassari, Radium nei tumori cutanei; Sanchez-Covisa-Madrid, Radioterapia de la keratosis palmar; Ciarrocchi-Rom, Roentgenterapia del Monilethrix; Sack-Heidelberg, Melanotische Nävi u. Röntgenstrahlen; De Azua-Madrid, Radioterapia del prurito vulvar; Thibierge-Paris, Ponction lombaire dans les prurits; Perrin-Marseille, Ponction lombaire dans les névrodermites; Winkler-Wien, Ionothérapie; De Beurmann u. Gougerot-Paris, Photothérapie du lupus; Ehrmann-Wien, Einfluß der Licht-

Digitized by Google

strahlen; Nobl-Wien, Refrigerationsbehandlung; Steiner-Rom, Action physicochimique des rayonnements; Perrin-Marseille, Radiodermites; Sura-Turin, Nuovo radio-limitatore; Dreuw-Berlin, Wasserdruckmassage; Mendozzi-Neapel, L'aria calda in dermatosi; Zanotti-Assunción, Cura della «bouba».

Nobl-Wien, Arning-Hamburg und Lewandowsky-Hamburg, Moulagen seltener Hautaffektionen; Dreuw-Berlin, Dermatolog. und urolog. Instrumente; Heller-Charlottenburg, Vergleich. Pathologie der Haut; Bulkley-New York, Psoriasis under vegetarian diet; Terzaghi-Rom, Natura della psoriasi; Sanchez Covisa-Madrid, Pitiriasis pilar rubra; Matzenauer u. Polland-Graz, Pathogenese der Angioneurosen; Majocchi-Bologna, Purpura anularis teleangiectodes; Ciarrocchi-Rom, Dermatosi del 3° spazio interdigitale; Bossellini-Bologna, Die una nevrodermite; Fasal-Wien, Urticaria perstans; Piccardi-Turin, Erythema elevatum; Simonelli-Siena, Eritema pernio; Vignolo-Lutati-Turin, Purpura anularis teleangiectodes; v. Zumbusch-Wien, Mykosis fungoides; Radaeli-Sassari, Micosi fungoide; De Aragao-Bahia, Eléphantiasis tropical: Krefting-Christiana, Hérédité de la syphilis; Carle-Lyon, L'hérédo-syphilis; Perrin-Marseille, Trèves et réveils de la Syphilis; Sabella-Rom, Fenomeni sclerotici della cute da sifilide; Chirivino-Neapel, Sifilide intestinale: Pasini-Mailand, Batteriologia del Pemfigo; Hazen-Washington, Pemphigus foliaceus; Rockwell u. Twilley-Detroit, Diplococcus from akne-like dermatosis: Meirowsky-Köln, Hautorgan und Nebennieren; Falcao-Lissabon, Éruption cutanée non décrite.

Splendore-San Paolo, Leishmaniosi nelle mucose; Gougerot-Paris, Discomycose de Carougeau; Balzer, Burnier u. Gougerot-Paris, Parendomycose due au parendomyces Balzeri; Dermatomycose due au Mycoderma pulmoneum; Thibierge-Paris, Blastomycose observé à Berlin; Oppenheim-Wien, Blastomykose in Wien; Hoffmann-Bonn, Sporotrichom des Affen; Arndt u. Fielitz-Berlin, Experiment. Sporotrichose; Landsteiner u. Stein-Wien, Therapie der Sporotrichose; De Azua-Madrid, Blastomicosis; Chirivino-Neapel, Sulla sporotricosi.

Scholtz-Königsberg i. Pr., Dermatologische Nomenklatur; Spaltehoiz-Leipzig, Artères dans la peau de la tête; Vignolo-Lutati-Turin, Sclerodermia circoscritta; D'Amato-Rom, Sul rinoscleroma; Cicero-Mexiko, Mycétome au Mexique; De Aragao-Bahia, Phytothérapie brésilienne de la Syphilis; Sachs-Wien, Einwirkung von Anilinfarbstoffen auf die Haut; Linser-Tübingen, Therapeut. Verwendung von menschl. Normalserum; Reiter-Berlin, Die Bedeutung der Vaccinetherapie; Prissmann-Libau, Behandlung der Sycosis; Fontana-Turin, Sull'Arthigon; De Aja-Madrid, Argyl y argirol en uretritis gonocócicas; Bizzozero-Turin, Folliculitis exulcerans serpiginosa; Filaretopulo-Athen, Traitement de la goutte militaire par le Dynamoinjecteur; Serrano u. de Aja-Madrid, Anestesia en operaciones sobre pene; Garibaldi-Rom, Nuovi composti di sandalo nelle conseguenze della blennorragia; Harpster-Toledo Ohio, Hygroma of the testicle; Nobl-Wien, Lymphatische Hauterkrankungen; Peyri Rokamora-Barcelona, 1. Cálculo prepucial 2. Cuerno cutáneo; Fontana-Turin, Sensibilità dei condilomi acuminati; Piccardi-Turin, Balano-postite blenorragica; Bors-Pécs, Schutz der Jugend gegen venerische Erkrankungen; Gougerot-Paris, Les syphilis retardées; Pontoppidan-Kopenhagen, Syphilis des marins; Joannides-Kairo, Syphilis en Egypte; Sanchez-Covisa-Madrid, Aneurisma aòrtico sifilitico precoz; De Napoli-Bologna, Sifilide in genere e l'eredosifilide tardiva nell' Esercito Italiano; Hermann-Melbourne, Australian Skin diseases.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

23. März 1912 | Nr. 12 | Band 54

Aus dem Allgemeinen Krankenhause St. Georg, Hamburg.
(Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke, Oberarzt Dr. Ed. Arning.)

Zur Frage des Fiebers und anderer Nebenerscheinungen bei der Anwendung des Salvarsans.

Von

Dr. Wachenfeld, Assistenzarzt der Abteilung.

(Mit 2 Abbildungen.)

Der nach Darreichung von Salvarsan, besonders nach der intravenösen Infusion, häufig vorkommende Temperaturanstieg und die Nebenwirkungen, wie Frösteln, Kopfschmerz, Erbrechen, Durchfälle usw., haben trotz vielfacher Untersuchungen noch keine hinreichend genügende Erklärung gefunden.

Es sei von vornherein als für die Beurteilung der Frage außerordentlich wichtig hervorgehoben, daß auch nach der intramuskulären Einverleibung des Salvarsans in saurer Lösung unter Umständen ein sofortiger Temperaturanstieg bis über 39° vorkommt (cf. Kurve S. 342), und Magen-Darmstörungen auch hier sehr häufig unmittelbar nach der Einverleibung entstehen, wenngleich gewöhnlich das „Depotfieber erst am 4.—5. Tage eintritt. Die uns wesentlich mehr interessierende Frage ist die, wie das vielfach bei der intravenösen Einverleibung auftretende akute Fieber und die Nebenerscheinungen zu erklären sind.

In der bisher recht zahlreich erschienenen Literatur sind einmal die verschiedenen Konzentrationen der Kochsalzlösungen als Ursache der Nebenwirkungen, insbesondere der Temperatursteigerung, angeführt. Weiter hat man eine mangelnde Sterilität des destillierten Wassers resp. der Kochsalzlösungen hierfür verantwortlich gemacht. Ehrlich vermutet andererseits in der leichten Zersetzlichkeit des Salvarsans, verursacht durch die in der sterilen Kochsalzlösung etwa vorhandenen Bakterienleiber und deren Toxine den Grund der unangenehmen Begleiterscheinungen. Die Ansichten der einzelnen Autoren sind zum Teil so widersprechend, und insbesondere widersprechen die Wechselmann-schen Resultate so sehr unseren Erfahrungen, daß wir veranlaßt waren,

Digitized by Google

der Frage noch einmal näherzutreten und durch Versuchsreihen die bisher veröffentlichten Befunde nachzuprüfen. Bei unserem großen Material — wir haben seit Juni 1910 etwa 3500 Salvarsanapplikationen bei ca. 1600 Patienten gemacht— konnten wir stets größere Gruppen von Kranken zu den einzelnen Kontrollversuchen auswählen.

Karl M.

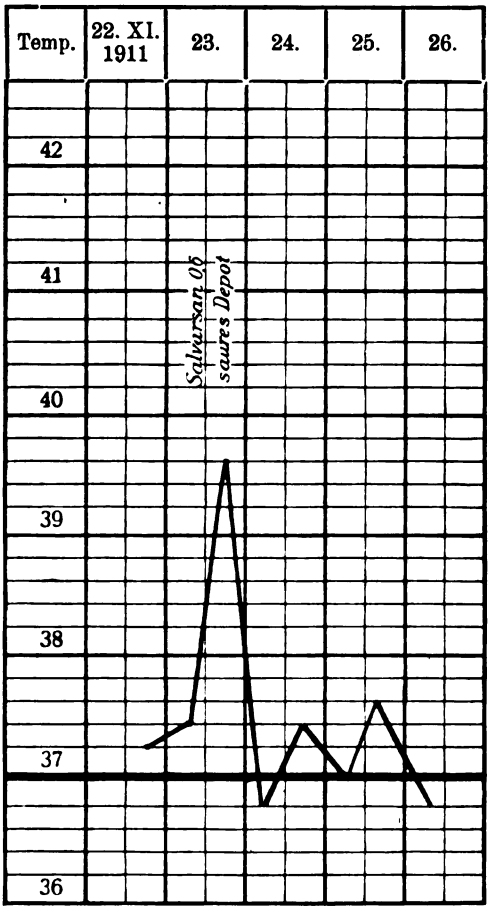


Fig. 1.

Es braucht wohl an dieser Stelle nicht betont zu werden, daß bei intravenösen Infusionen, die, mögen sie auch nur allein mit physiologischer Kochsalzlösung vorgenommen werden, doch einen immerhin nicht gleichgültigen Eingriff darstellen, unbedingt mit der peinlichsten Sauberkeit und Asepsis vorgegangen werden muß.

Wir sind bei unseren Versuchen nach folgendem Programm verfahren.

Wir suchten festzustellen, ob eine durch irgend welche Umstände eingetretene Zersetzung des Salvarsans die Nebenerscheinungen verursachte. Ferner forschten wir nach, ob bei irgend einer Kontrollnummer des Salvarsans häufiger stürmische Reaktionen auftraten. Da wir bei dem Salvarsan keine Anhaltspunkte finden konnten, suchten wir durch genaue physikalisch-chemische und bakteriologische Untersuchung des verwandten Lösungsmaterials die Ursache der Nebenerscheinungen zu eruieren. Des weiteren stellten wir Versuche an mit verschiedenen Lösungen von Salvarsan in Aqua destillata, in Kochsalzlösungen verschiedener Konzentration und in Sol. Ringer. Bei den Kochsalzlösungen unterschieden wir wieder NaCl Merck und Kahlbaum. Auch die Frage, ob Salvarsan warm oder kalt gelöst war, wurde beachtet. Ferner suchten

Digitized by Google

wir festzustellen, ob ein längeres Stehenlassen von bereits alkalisierter Lösung von Einfluß auf die Nebenerscheinungen sei.

Bei unseren klinischen Versuchsreihen stellten wir Vergleiche an zwischen Luetikern und Nichtluetikern. Beide Gruppen wurden auf Wirkungen von Kochsalzlösung allein und mit Salvarsan hin beobachtet. Da diese Versuche keinen sicheren Anhalt für eine Erklärung der Nebenerscheinungen gaben, fahndeten wir auf einen Zusammenhang der einzelnen Stadien der Lues mit der Stärke der Nebenerscheinungen. Aus unseren Beobachtungen, die wir in dieser Hinsicht zur Zeit unserer sauren Depots machten, können wir deshalb keine sicheren Schlüsse auf Wirkungen und Nebenwirkungen der zweiten Salvarsandarreichung (bei Verabfolgen des sauren Depots an erster Stelle) machen, weil wir nicht mit Sicherheit sagen konnten, ob und wieviel des sauren Depots aufgenommen war und seine Wirkung bereits getan hatte. In neuerer Zeit, seitdem wir zur ausschließlichen intravenösen Salvarsandarreichung übergegangen sind, haben wir indessen keine andere Erfahrung gemacht wie zur Zeit unserer Depots, das heißt, wir haben nicht gefunden, daß bestimmte Formen oder Phasen der Lues besonders stark reagieren.

Es ist uns bei allen unseren Versuchen nicht gelungen, den positiven Nachweis zu führen, wodurch die zum Teil sehr heftigen Reaktionen veranlaßt sind. Wir sind aber wohl in der Lage gewesen, die WECHSELMANNschen Ergebnisse und die Ansicht EHRLICHS, daß Zersetzung des Salvarsans durch Bakterienleiber in den Lösungsmedien oder durch andere chemische Einflüsse die Nebenerscheinungen verursache, nicht als absolut stichhaltig anzuerkennen.

Durch Arbeiten aus dem Speyerhaus ist allerdings experimentell der Nachweis geführt, daß Bakterientoxine plus Trypanosomen dem Salvarsan eine erhöhte Giftwirkung verleihen. Daß diese Tatsache auch beim Menschen in Erscheinung treten kann, bestreiten wir durchaus nicht. Daß etwa vorhandene Bakterienleiber eine Zersetzung des Salvarsans verursachen können, halten wir für möglich und machen das etwa abgespaltene Arsenoxydul vielleicht für die Magen-Darmerscheinungen verantwortlich. Das Fieber wäre immerhin noch nicht erklärt. Wir müssen aber hier zu sehr mit unbekannten Größen rechnen, als daß wir die EHRLICHsche Theorie als allgemeingültigen Beweis aufstellen können. Wir vermissen hierfür vor allem die Gleichmäßigkeit der Reaktionen bei einer Serie, die für eine solche Annahme sprechen würde. Es müßten also eventuell sämtliche Patienten einer Serie in gleicher Stärke fiebern und Magen-Darmaffektionen zeigen. Daß auch ältere Kochsalzlösungen keine Zersetzung des Salvarsans verursachen, konnten wir bei einer größeren Serie nachweisen.

Digitized by Google

Nach unserer Beobachtung hat eine verhältnismäßig hohe Anzahl von Luetikern auf Salvarsan stark reagiert, die neben ihrer Lues an Gonorrhöe litten oder Ulzerationen oder pustulöse Ausschläge am Körper aufwiesen.

So hatten wir einen Patienten, der auf die erste Infusion mit 38° ohne andere Nebenerscheinungen reagierte. Im Verlaufe der Schmierkur bildete sich ein Schweißdrüsenabszeß in der rechten Achselhöhle, der am Tage vor der zweiten Infusion inzidiert werden mußte. Die Temperatur betrug an diesem Tage 38°. Wir nehmen an, daß dieses Fieber durch Bakterien resp. deren Toxine verursacht war, die bereits im Blute des Patienten kreisten. Auf die zweite Infusion reagierte der Patient mit 39,4°, heftigen Kopfschmerzen, Erbrechen und Durchfällen.

Wir lassen es dahingestellt, ob derartige Affektionen (eventuell im Blute kreisende Bakterien durch Abbau des Salvarsans) in Beziehung zu der stärkeren Reaktion zu bringen sind.

Zu unseren Salvarsaninfusionen benutzen wir das von Weintraud angegebene Instrumentarium. Die Kanülen werden trocken sterilisiert, Büretten und Gummischlauch sowie die übrigen Glasgefäße eine halbe Stunde lang dem strömenden Dampfe ausgesetzt, im gleichen Raume, wo die Infusionen vorgenommen werden. Die Desinfektion der Haut und die Vornahme der Infusion geschieht derart, daß wir meinen, eine durch Verunreinigung bedingte Temperatursteigerung ausschließen zu können.

Wir halten es nicht für wahrscheinlich, daß Partikel des Gummischlauches die Temperaturen veranlassen, ebenso, daß durch diese Partikel (Schwefel?) eventuell eingetretene chemische Veränderungen des Salvarsans Ursache der Nebenerscheinungen sind. Vor Beginn der Infusion spülen wir den Schlauch mit Kochsalzlösung durch; sollte trotzdem noch genügend Material des Gummischlauches zu diesen unerwünschten Zersetzungen sich abstoßen, so müßten wir regelmäßig bei den Patienten, die zuerst aus dieser Bürette die Infusion bekommen, die stärksten Nebenerscheinungen beobachten. Dies ist aber durchaus nicht der Fall; die Erscheinungen treten ganz regellos bei mit derselben Lösung und bis auf die Nadel mit demselben Instrumentarium ausgeführten Serien auf. Außerdem hatten wir mit der gummilosen Schreiberschen Spritze nicht weniger Reaktionen als bei Verwendung des langen Gummischlauches bei dem Weintraudschen Verfahren.

Das Präparat unterliegt nicht unseren Untersuchungsmöglichkeiten. Bekanntlich nimmt ja Salvarsan bei längerer Berührung mit der Luft oder bei anderer chemischer Beeinflussung einen dunkleren Farbenton an. Wir öffnen die Tuben stets unmittelbar vor dem Gebrauche; die

Digitized by Google

Lösung und Verteilung — wir lösen das Salvarsan für eine ganze Serie von Patienten auf einmal — und die Einverleibung des Salvarsans nehmen so wenig Zeit in Anspruch, daß eine Zersetzung des Salvarsans nicht wahrscheinlich ist. Bei größeren Serien von etwa 15 oder mehr Patienten vergeht immerhin unter Umständen eine volle Stunde, bis der letzte Patient infundiert ist. Eine Zersetzung der bereits alkalisierten Stammlösung wäre hierbei nicht ausgeschlossen. Doch konnten wir bei diesen Serien nie bei den zuletzt infundierten Patienten häufigere Temperatursteigerung oder stärkere Nebenwirkungen beobachten. In letzter Zeit hat Dr. ARNING angeordnet, daß die angesetzte Lösung sauer bleiben und erst jede einzelne Portion unmittelbar vor der Infusion alkalisiert werden soll. Auch das hat keinen Einfluß auf die ungleichen Resultate gehabt. Bei dem Zusammentun der einzelnen Dosen Salvarsan kamen früher häufig verschiedene Kontrollnummern gleichzeitig, das heißt gemischt, zur Verwendung. Weder bei dieser Mischung von verschiedenen Kontrollnummern, noch bei einer einzelnen Kontrollnummer haben wir auffallende Reaktionen beobachtet; doch können wir uns des Eindrucks nicht erwehren, daß zeitweilig als Nebenerscheinungen Durchfälle vorherrschen, dann wieder Erbrechen, zu anderer Zeit Frösteln, oder daß vorübergehend häufiger Herpes auftritt.

Das Salvarsan lösen wir nach Vorschrift in destilliertem Wasser, alkalisieren mit der angegebenen Anzahl Tropfen einer 15prozentigen Natronlauge und verdünnen bis etwa 200 ccm mit Kochsalzlösung. Destilliertes Wasser sowie die Kochsalzlösung bezogen wir täglich frisch und kurz vor dem Gebrauche von unserer Krankenhausapotheke. Das destillierte Wasser wird dort auf folgende Weise täglich frisch hergestellt. Der Dampf aus unserer Heizungskondensleitung wird in Schlangen in dem Behälter A gekühlt (cf. Abbildung). Das hierdurch entstandene destillierte Wasser wird in der darunter befindlichen Sammelblase S gesammelt. Ein an der Blase befindlicher Hahn Z ermöglicht das Ablassen des auf solche Weise frisch destillierten Wassers an dieser Stelle. Hier entnehmen wir das zu unseren Lösungen dienende Wasser. Eine chemische Untersuchung dieses destillierten Wassers auf etwa vorhandene freie Säuren fiel negativ aus; ebenso konnten wir nicht das Vorhandensein von Metallen (Eisen, Kupfer) in diesem Wasser nachweisen. Bei einer größeren Reihe von Serien verwandten wir auch unser Leitungswasser, das in einem besonderen kleinen Apparate destilliert wurde. Auch hierbei hatten wir keine abweichenden Resultate. Eine bakteriologische Untersuchung verschiedener Stichproben verlief resultatlos. Sofort nach Entnahme des Wassers und nach Zusetzen von Kochsalz wird die Lösung in vorher sterilisierten Literflaschen eine volle

Digitized by Google

Stunde sterilisiert. Die Flaschen sind mit Gummikappen versehen, die gleichzeitig eine Kontrolle ermöglichen, ob die Flaschen auch bis zu dem Gebrauche unversehrt blieben.

Im allgemeinen passiert das anderweitig zur Verwendung kommende destillierte Wasser bei seiner Herstellung noch Berkefeldfilter B, durch die es mittels eines Motors M getrieben wird. Die Filtration wird vorgenommen, um noch etwaige körperliche Bestandteile, die durch den unter hohem Druck stehenden Dampf möglicherweise mitgerissen werden

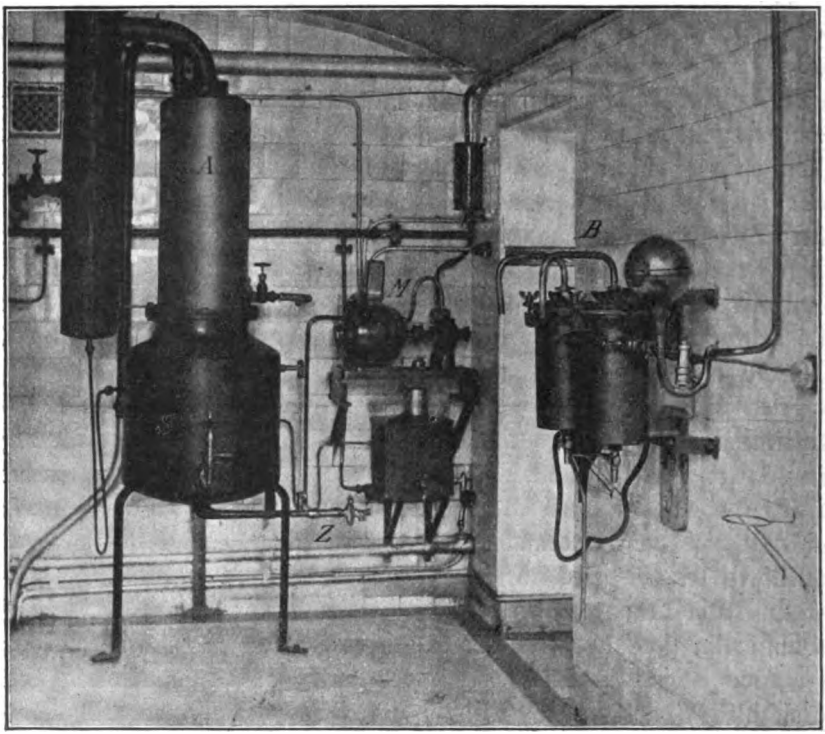


Fig. 2.

können, zurückzuhalten. Eine Untersuchung dieses filtrierten Wassers vor Ausglühen des Ausflußrohres ergab folgendes Resultat: Platten steril, Peptonwasser eben getrübt, Bouillon und Peptonwasser gramnegative Stäbchen. Die Untersuchung des Wassers nach Ausglühen des Abflußrohres und Ablassen von 2—3 Liter Wasser ergab: Platten steril, Peptonwasser eben getrübt, Bouillon und Peptonwasser: gramnegative Stäbchen. Dasselbe nach Ablassen von 30—40 Litern Wesser, d. h. nach Verdrängen des Wasservorrats im Berkefeldfilter, ergab das gleiche Resultat.

Wir untersuchten daraufhin eine Berkefeldkerze, die etwa acht Tage

Digitized by Google

im Gebrauch war, und konnten hier, außen sowohl wie innen, Verunreinigungen feststellen (außen 27 : 0 : 0, innen 17 : 1 : 0 Kolonien).

Wir stellten auch Versuchsreihen mit einer aus diesem filtrierten Wasser hergestellten Kochsalzlösung an; auch dieses filtrierte Wasser war vorher eine Stunde sterilisiert. Wir haben mit dieser Kochsalzlösung keine schlechteren Resultate erzielt als mit der Kochsalzlösung, die mit dem vor dem Passieren der Filter gezapften destillierten Wasser hergestellt war.

Zu einer Serie von 24 Patienten benutzten wir zur Lösung des Salvarsans auch eine Kochsalzlösung, die mit diesem filtrierten destillierten Wasser hergestellt war, in sterilen Literflaschen aufgefangen und in diesen unter Gummikappenverschluß acht Tage lang aufbewahrt und dabei täglich in verschlossenem Zustande eine Stunde nachsterilisiert wurde. Wir hatten dabei nicht im geringsten mehr Temperaturen oder mehr Nebenerscheinungen.

Wir stellten nun Versuchsreihen an mit Kochsalzlösung, die wir kurz vor dem Gebrauch aus unserem bakteriologischen Institut (Dr. JACOBSTHAL) erhielten. Hier war das destillierte Wasser in einem kleinen gläsernen Destillierapparat unmittelbar vor dem Gebrauch frisch destilliert und streng nach WECHSELMANNS Vorschrift verfahren. Wir verwandten am ersten Tage Kochsalz Merck 0,5 %, dieses vor der Lösung noch trocken sterilisiert. Sofort nach der Zubereitung des Wassers und der Kochsalzlösung lösten wir das Salvarsan in dem noch heißen Wasser. Die Kochsalzlösung wurde mittlerweile auf 37 ° abgekühlt. Von den 7 Patienten dieser Serie fieberten 6 über 38 °, darunter ein Patient mit 39,3 °. Nur ein Patient hatte 37,5 °. Mit Ausnahme dieses und noch eines Patienten mit 38,4 ° hatten alle heftigen Schüttelfrost. 4 klagten über starke Kopfschmerzen, bei 3 trat Erbrechen ein, 4 hatten häufigeren Stuhlgang. Sämtliche 7 Patienten hatten 10 Tage vorher ihr saures Depot bekommen, das alle ausnahmslos ohne besondere Beschwerden vertragen hatten, nur das übliche leichte Fieber. Wir vermuteten als Grund dieser außergewöhnlich ungünstigen Resultate die Anwendung zu heißen Wassers zur Lösung des Salvarsans und wiederholten zur Bestätigung am nächsten Tage Zubereitung und Infusion in der gleichen Weise. Unter den 10 Patienten dieser Serie fieberten 4 über 38 °, darunter 2 über 39 °, mit den üblichen Nebenerscheinungen. Im ganzen wurden 21 Patienten mit NaCl Merck 0,5 % (Salvarsan heiß gelöst in frisch destilliertem und ungekühltem Wasser) behandelt, darunter fieberten 11 über 38 °. Daraufhin wiederholten wir diesen Versuch bei 29 anderen Patienten mit kalt gelöstem Salvarsan unter sonst gleichen Bedingungen. Von diesen fieberten 8 über 38 °.

Digitized by Google

Bei den folgenden Kontrollreihen sind nur die Temperatursteigerungen als Äußerung einer Reaktion angeführt, weil die meisten Autoren eine Temperaturerhöhung als Reaktion in den Vordergrund stellen. Es sei nochmals betont, daß wir auch alle die anderen Nebenerscheinungen als eine Reaktion auf das Salvarsan auffassen, und daß durchaus keine Temperatursteigerung auftreten muß bei Durchfällen, Kopfschmerz, Erbrechen oder gar bei Frösteln.

Sehr wichtig ist der Zeitpunkt der Messung. Wir haben für diese ganzen Versuche halbstündlich gemessen während der ersten drei Stunden, dann bis zum Abend des Tages stündlich, sonst entgehen einem unter Umständen hohe Temperaturen, die ganz flüchtig sind, unter einer halben Stunde Dauer.

Bei den folgenden Serien lösten wir Salvarsan kalt, nicht, weil wir durch unsere ungünstigen Resultate bei der ersten Serie mehr Komplikationen befürchteten, denn die folgenden Serien hatten uns ja die Unhaltbarkeit unserer Ansicht gelehrt, sondern um die Kontrollversuche nicht noch verwickelter zu gestalten, als durch die von den verschiedensten Seiten getanen Deutungen schon notwendig geworden war.

Von NaCl Merck 0,9 % hatten wir unter 33 Fällen 16 Temperaturen über 38 °, darunter 2 über 39 °.

Mit Kochsalz Kahlbaum 0,5 % hatten wir sechsmal Temperaturen über 38 ° bei 29 Fällen, mit 0,9 % Kochsalzlösung dreimal unter 27 Fällen.

Mit Salvarsan und Aqua destill. allein hatten wir siebenmal Temperaturen über 38 °, darunter 3 über 39 ° bei 26 Fällen.

Mit Sol. Ringer erhielten wir etwa die gleichen Resultate.

Eine von Herrn Dr. BORNSTEIN erbetene Untersuchung in unserem chemisch-physiologischen Institut ergab, daß durch Salvarsan keine nennenswerte Änderung des Gefrierpunktes der einzelnen Lösungsmedien sowohl wie des Blutes bei Verwendung der verschiedenen Lösungen eintritt in der Konzentration, wie wir sie zu unseren Infusionen verwandten. Der Gefrierpunkt des Blutes bei Patienten, die eine halbe Stunde vor der Blutentnahme die Salvarsaninfusion bekommen hatten, betrug bei Aqua destill. — 0,54, Sol. Ringer — 0,555, Kochsalzlösung 0,5 % — 0,52 und Kochsalzlösung 0,9 % — 0,55. Nach einer Salvarsaninfusion mit Aqua destill. hatten wir einmal bei einem Patienten, der mit 39,8 ° bei Schüttelfrost, Kopfschmerz, Erbrechen und Durchfällen reagierte, eine schwache Hämolyse beobachtet. Doch trat auch bei diesem Patienten nach einigen Stunden wieder ein volles Wohlbefinden ein.

Wir haben bei unseren Infusionen etwa 46 % Fieber über 37,5 ° oder 39 % Fieber über 38 ° unter sämtlichen Infusionen; bei den zweiten

Digitized by Google

Infusionen derselben Patienten haben wir geringere oder gar keine Temperatursteigerung. Wir können bei den ersten Infusionen etwa 62 % Temperaturen über 37,5° oder 52 % über 38° rechnen, bei der zweiten nur 21 % über 37,5° oder 19 % über 38°. Bei dritten Infusionen haben wir bisher kein Fieber beobachtet. Im allgemeinen werden auch die folgenden Infusionen bezüglich der anderen Nebenerscheinungen besser vertragen als die erste, d. h. die Reaktionen sind weniger heftig oder bleiben ganz aus.

Unsere Resultate sind, verglichen selbst mit den WECHSELMANNschen, durchaus nicht ungünstig.

Zur Kontrolle unserer Kochsalzlösung werden seit einiger Zeit stets zwei Luetiker, behandelte oder unbehandelte, mit derjenigen Kochsalzlösung allein infundiert, die wir für diesen Tag zur Lösung des Salvarsans verwenden. Unter ca. 40 Kochsalzkontrollen haben wir bisher einmal eine Temperatursteigerung bis 38,2° beobachtet, die wir nicht auf etwaige Endotoxine in der Kochsalzlösung zurückführen können, weil einmal die andere Kontrolle nicht reagierte (36,8°) und dann auch die übrigen mit Salvarsan behandelten Fälle keine außergewöhnliche Reaktion zeigten. Daß Temperatursteigerung nach Kochsalzinfusionen vorkommt, ist eine allbekannte Tatsache. Wir können aber wegen der verhältnismäßigen Häufigkeit und der Höhe der Temperaturen sowie wegen der anderen Nebenerscheinungen das Fieber nicht dem Kochsalz allein zuschreiben, zudem sprechen auch die Resultate der mit destilliertem Wasser ohne Kochsalz angestellten Versuche gegen diese Annahme.

Es ist ferner die Vermutung ausgesprochen, daß die Einlaufzeit der Salvarsanlösung in Verbindung zu bringen sei mit den Begleiterscheinungen. Patienten, bei denen in verhältnismäßig kurzer Zeit die Infusion beendet war, sollen heftigere Reaktionen gehabt haben. Wir arbeiten an zwei Tischen gleichzeitig, von denen der eine Tisch 20 cm niedriger ist. Die Lösung fließt also hier unter einem stärkeren Druck, d. h. unter sonst gleichen Verhältnissen schneller ein. Patienten, die auf dem niedrigeren Tische behandelt wurden, also schnellere Einlaufszeiten hatten, haben keineswegs die stärkere Reaktion gehabt; auch hier wieder eine völlige Regellosigkeit. Die Verschiedenheit in der Stromgeschwindigkeit des Blutes, mag diese nun von der Herztätigkeit oder der Dicke der Gefäße oder von der Viskosität des Blutes abhängen, lassen eine Fixierung der Einlaufszeit gar nicht zu, zumal bei den einzelnen Patienten durch eine etwaige Verschiebung der Nadel oder eine Verlegung der Nadelöffnung immerhin recht beträchtliche Schwankungen in der Einlaufszeit bei derselben Infusion auftreten können.

Als weitere Aufgabe betrachteten wir es, festzustellen, ob Nicht-

Digitized by Google

luetiker ebenfalls auf Salvarsaninfusionen mit den bekannten Nebenerscheinungen reagieren. Die hierüber mit einigen (10) Hautkranken angestellten Versuche hatten negative Resultate. Wir hatten allerdings bei einem Pemphigus eine Temperatursteigerung bis 39,6° festgestellt, doch fehlten alle anderen Nebenerscheinungen, die wir sonst nach Salvarsaninfusionen gewöhnlich sehen. Eine Erklärung für diese Temperatursteigerung konnten wir bei dem 63jährigen Patienten mit ausgedehnter Blasenbildung nicht feststellen. Der schon aufgegebene Patient kam übrigens nach dieser Salvarsanbehandlung zur Heilung, wir können also hier doch vielleicht eine spezifische Wirkung des Salvarsans gegen problematische Protozoenerreger des Pemphigus vermuten und so das Fieber erklären, um so mehr, da wir wissen, daß ein anderes Protozoengift, das Chinin, ebenfalls bei Pemphigus zuweilen wirksam ist.

Es wurde schon darauf hingewiesen, daß es eine allbekannte Tatsache ist, daß nach Kochsalzinfusionen (ohne Salvarsan) Temperaturen auftreten können. Wir haben darauf auch Kontrollen mit Kochsalzlösung allein bei Hautkranken vorgenommen und unter diesen ca. 20 Kontrollen bei Hautkranken ohne Syphilis einmal eine Temperatur bis 37,9° mit leichtem Frösteln beobachtet, ohne daß andere Beschwerden dabei aufgetreten wären.

Eine eigenartige Reaktion beobachteten wir stets nach Kochsalzinfusionen ohne Salvarsan bei Luetikern mit einem frischen makulösen Exanthem; dieses blaßte auffallend ab innerhalb der Zeit, in der wir nach Salvarsan-Kochsalz-Infusionen eine stärkere Rötung (HERXHEIMERsche Reaktion) zu sehen gewohnt sind. Die HERXHEIMERsche Reaktion war am nächsten Tage, an dem wir die Salvarsaninfusion dann anschlossen, geringer als bei nicht mit Kochsalz vorbehandelten Fällen.

Wir haben unser Material daraufhin durchgesichtet, ob die einzelnen Stadien der Erkrankung von irgend einem Einfluß auf die Stärke der Reaktionserscheinungen seien. Wir haben bei ganz frischen Primäraffekten mit noch negativem WASSERMANN die gleichen Temperaturen und Nebenerscheinungen nach den Salvarsaninfusionen bekommen wie bei sekundärer, latenter oder tertiärer Lues oder bei Tabes und Paralyse, wenn auch zweifellos bei sekundärer Lues die Reaktionen häufiger und stärker auftreten, besonders bei Patienten, die zahlreiche äußere Erscheinungen boten. Wir haben aber die Reaktionserscheinungen nicht immer in Zusammenhang bringen können mit der Ausdehnung der sichtbaren oder nachweisbaren Erscheinungen, wir haben ferner nicht feststellen können, daß eine Parallele besteht zwischen der Höhe der Temperatur und der Stärke der HERXHEIMERschen Reaktion.

Digitized by Google

Auf unserer Station wurde die antiluetische Therapie, insbesondere die Anwendung des Salvarsans, so gehandhabt, daß wir im ersten Jahre (seit August 1910) nach einer intravenösen Infusion am 4.—6. Tage ein saures Depot verabfolgten, das im folgenden Vierteljahre mehr aus krankenhaustechnischen Gründen an erster Stelle gegeben wurde, und dem wir dann nach 6—10 Tagen die intravenöse Infusion folgen ließen. Wir haben also im Laufe dieser 15 Monate an diesen sauren Depots eine reiche Erfahrung gewonnen. Häufig tritt schon in derselben Zeit wie nach den Infusionen die Reaktion auf, in gleicher Stärke und mit denselben Nebenerscheinungen wie nach den Infusionen. In den meisten Fällen allerdings traten die Nebenerscheinungen nicht so prompt und stürmisch auf. Das Salvarsan unserer sauren Depots wurde in ca. 4 ccm Aqua destill. unter Zusatz einiger Tropfen Glyzerin gelöst und etwa am Duhotschen Punkte, weit oben, außen, in die dicke Muskulatur der Glutäen injiziert.

Dabei kam in den meisten Fällen zur Beobachtung, daß bei der zweiten Salvarsandarreichung die Reaktionserscheinungen weniger heftig waren, doch haben wir auch hier Ausnahmen feststellen können, einerlei, ob wir das saure Depot an erster Stelle vor der Infusion gaben oder umgekehrt.

Es reagiert der Luetiker auf das Salvarsan zweifellos in einer Weise, wie wir es bei anderen Mitteln bisher nicht beobachtet haben. Doch bleibe nicht unerwähnt, daß auch größere Hg-Dosen und Kalomel heftige Fieberreaktionen bei Luetikern auslösen können; ebenso, wie es fast die Regel ist, daß kongenital syphilitische Säuglinge schon auf kleinere Dosen Hg heftig mit Temperaturen reagieren. Man darf auch nicht vergessen, daß Syphilis in durchaus nicht seltenen Fällen bei schwereren Formen spontan Fieber erzeugt. Wir dürfen uns auch nicht wundern, daß bei plötzlicher Zerstörung so großer Mengen von Spirochäten gelegentlich Fieber auftritt.

Erwähnt sei noch der eigenartig brennende Schmerz im Zahnfleisch, den Patienten schon häufig während der Infusion angeben, und den wir vielleicht auf eine Reaktion der hier zahlreicher vorhandenen Mundspirochäten (bei Stomatitis, kariösen Zähnen) zurückführen können. Eine günstige Beeinflussung der Stomatitis durch Salvarsan haben wir allerdings nicht beobachtet.

Die Reaktion kann bei Infusionen schon in kürzester Zeit auftreten, meist hat sie den Höhepunkt nach 4—6 Stunden überschritten. Häufig ist die Reaktion, wie schon oben erwähnt, nur von so kurzer Dauer, daß sie bei weniger guter Kontrolle übersehen werden kann. Das subjektive Befinden der Patienten steht vielfach in keinem Verhältnis zu

Digitized by Google

den Nebenerscheinungen, insbesondere zur Temperatur. Einige fühlen sich sehr matt und frösteln bei Temperaturen nicht über 37°, andere wieder fühlen sich bei 39° äußerst wohl.

Eine HERXHEIMERsche Reaktion konnten wir bei allen Fällen mit Roseola und Papeln beobachten. Vielfach trat auch ein flüchtiges Erythem auf bei Patienten, die keine äußeren Erscheinungen boten. Schwerere Erscheinungen, wie Kollapse oder Hirnschwellung, haben wir nicht beobachtet. Überempfindlichkeit der Haut gegen Salvarsan sahen wir nur vereinzelt, nach Depots und nach den Infusionen schubweise auftretend oder ganz akut entstehend. Mitunter stellt sich nach zunächst gutem Überstehen der Infusion 4—5 Tage darauf ein länger dauernder Schwächezustand ein, nach dessen Überwindung dann ein besonders gehobener Gesundheitszustand fühlbar wird. Auffallend ist bei den kongenital syphilitischen Säuglingen eine nach der Salvarsaneinverleibung häufig von uns beobachtete, längere Wochen andauernde auffallende Blässe der Haut.

Es ist uns trotz aller Bemühungen bei unseren Versuchen nicht gelungen, bei den Lösungsmedien die Ursache der Temperaturen und Nebenerscheinungen zu finden. Sicher ausschließen konnten wir den Einfluß der verschiedenen Konzentrationen der verwandten Kochsalzlösungen, ebenso wie wir keinen Anhaltspunkt finden konnten für eine Zersetzung des Salvarsans noch vor der Einverleibung durch etwaige chemische Beimischungen im Wasser. Die Frage der in der Kochsalzlösung vorhandenen Bakterienleiber resp. deren Endotoxine ist in ein tiefes Dunkel gehüllt. Nachgewiesen sind jedenfalls diese Bakterienleiber und freien Endotoxine bisher noch nicht; möglich wäre dies nur durch umfangreiche anaphylaktische Versuche. So möchten wir den „Wasserfehler" als sichere und einzige Erklärung wieder ausschalten.

Wir stehen vielmehr auf dem Standpunkte, daß die Reaktion auf das Salvarsan individuellen Verschiedenheiten unterliegt und in einzelnen Fällen vielleicht von der Menge der zugrunde gehenden Spirochäten, in anderen Fällen vielleicht von der gleichzeitigen Anwesenheit auch anderer Infektionsträger im Blut und in den Geweben abhängig ist, daß jedoch eine allgemeingültige Erklärung für die Nebenerscheinungen nicht gegeben werden kann.

Wir haben durch das Salvarsan eine ganz vorzügliche Bereicherung unseres antiluetischen Arzneischatzes erfahren, aber wir werden uns wohl auch damit abfinden müssen, daß wir es vorläufig noch nicht in der Hand haben, seine Nebenwirkungen in allen Fällen zu vermeiden.

Digitized by Google

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. bis 25. Februar 1912.

Originalbericht von Arthur Jordan.

1. Prof. Pospelow hielt eine Gedächtnisrede auf das verstorbene Mitglied, den Vizepräses der Gesellschaft, Dr. S. Smirnow.

2. W. Pospelow jun. demonstrierte eine 30jährige Frau bäuerischer Herkunft, die sich mit Webereien beschäftigt hat, mit **Rhinoscleroma nasi.** Die aus dem Moskauer Gouvernement stammende Kranke, bei welcher der rechte Nasenflügel und die Nasenspitze sklerotisch verändert sind, will den ersten Beginn des Leidens vor fünf Jahren beobachtet haben.

Diskussion. Die Kranken Krasenoglasows, welcher drei Rhinoskleromfälle beobachtet hat, die aus verschiedenen, dem Moskauer Gouvernement benachbarten Provinzen gebürtig waren, beschäftigten sich auch als Fabrikarbeiter, so daß die Vermutung nahe liegt, daß der Frischsche Bazillus durch das Rohmaterial weiter verbreitet wird. K. sah in seinen Fällen durch Röntgenstrahlen eine bedeutende Besserung auftreten.

Pospelow sen. glaubt ebenfalls, daß der Infektionsträger, ähnlich wie bei der Lepra, durch das Garn übertragen werden kann.

3. W. Pospelow jun. stellt eine Frau mit **Pemphigus pruriginosus** vor. Die 57jährige Frau gibt an, acht Monate krank zu sein. Eine Eosinophilie hat sich nicht konstatieren lassen. Die Anzahl der roten Blutkörperchen beträgt 4750000, diejenigen der weißen 6000. Der Fall war mit Chinin in steigender Dosis, bisher aber ohne Erfolg behandelt.

4. Lewtschenkow zeigte einen Fall von **Lupus vulgaris** der unteren Extremitäten, welcher erfolgreich mit dem Finsenapparat behandelt worden ist.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Januar 1912.

Trichophyton rosaceum, von Robt. A. Bolam. B. beobachtete in den letzten 15 Monaten im ganzen 16 Fälle von der durch dieses Trichophyton verursachten Infektion, die im allgemeinen als in England selten vorkommend gilt. Beinahe in allen Fällen war das klinische Bild der Tinea barbae vorhanden, die hochgradig ansteckende Natur der Affektion ergibt sich aus zwei Gruppen von Fällen, wo je drei resp. vier Fälle in der gleichen Familie vorkamen; einer der Fälle wäre auch noch deshalb zu erwähnen, weil im Gegensatz zur gewöhnlichen Art von Tinea, wo nur Backen- und Kinnbarthaare befallen sind, auch jene der Oberlippe (Schnurrbart) affiziert waren. B. schließt aus seinen Fällen, daß im Norden Englands, in den Grafschaften Northumberland und Durham, Trichophyton rosaceum eine relativ häufige Ursache von Bartaffektionen ist; ein Viertel der Fälle stammt von der Land- und drei Viertel von der Stadtbevölkerung. Die obigen (16) Fälle zeigen, daß alle Arten von Reaktionen auf das Trichophyton von trockenen schuppenden Herden bis zu hochgradig entzündlichen Erscheinungen, ausgesprochen vesikulösen und anderen Herden vorkommen. Reinkulturen gelangen fast

Digitized by Google

in allen Fällen mit Sabourauds Nährboden (nach ungefähr 14 Tagen tritt die charakteristische von Sabouraud als himbeerrot beschriebene Farbe auf). Untersuchungen bezüglich irgend welcher Übertragung (auf die Patienten) von verschiedenen Tieren aus, haben keine Aufklärung über den Ursprung des Leidens zu bringen vermocht (Pferde, Hunde, Katzen, Tauben wurden ohne Erfolg untersucht). Übertragung von Mensch auf Mensch scheint durch den klinischen Verlauf mehrerer Fälle klar erwiesen zu sein, und gewöhnlich sind die Rasierstuben die Gelegenheitsursachen der Übertragung.

Die Bedeutung von Muchs Granularkörperchen und die Antiforminmethode zur Bestimmung der Ätiologie der sogenannten Tuberkulide, mit spezieller Beziehung auf den Lupus erythematosus, von D. Friedländer-San Franzisko. Die Einführung von Antiformin (durch Uhlenhuth) hat in hohem Maße die Schwierigkeit der Auffindung des Tuberkelbazillus vermindert und die Entdeckung von Much, wonach es eine Form von Tuberkelbazillen gibt, welche die Ziehl-Neelsen-Färbung nicht annehmen, hat uns in den Stand gesetzt, die Ätiologie in manchen Fällen, wo es früher praktisch unmöglich war, festzustellen. Die Antiforminmethode besteht darin, die Gewebe in einem sterilen Mörser völlig zu mazerieren und dabei allmählich 10—15%ige Antiforminlösung zuzusetzen, bis das Gewebe im Zustande der Suspension ist und dann wird es 8—24 Stunden lang in den Inkubator gebracht; Alkohol wird zugefügt, zentrifugiert usw. Die zweite wichtige Entdeckung (von Much), welche eine granulierte Form des Tuberkelbazillus, die mit Ziehlscher Färbung nicht zu demonstrieren und ebenso virulent, wie der gewöhnliche Tuberkelbazillus ist, feststellte, wurde auch von anderer Seite bestätigt und konstatiert, daß diese Granularform allein auf tuberkulöse Zustände beschränkt ist. Die Frage, ob diese Organismen abgestorbene oder degenerierte Tuberkelbazillen sind, möchte Fr. völlig beiseite lassen, da ihre Bedeutung die gleiche bleibt. Jedenfalls gelang es ihm in einem Fall von Lupus erythematosus mit der Antiforminmethode Tuberkelbazillen und die granulierten Muchschen Bazillen, welche all die Färbe- und morphologischen Charakteristiken der mit Ziehl färbbaren Tuberkelbazillen tragen, zu finden, ebenso in einem Falle von Lupus vulgaris und Tuberculosis vera cutis. Wenn auch bei Lupus erythematosus gelegentlich positive lokale Tuberkulinreaktion konstatiert wurde, so glaubt Fr., daß die zwei neuen Methoden den besseren Weg bilden werden, um endgültige Klarheit über den so viel diskutierten Zusammenhang zwischen Lupus erythematosus und Tuberkulose zu bringen. Stern-München.

Clinica dermosifilopatica della R^a. Universita di Roma.

30. Jahrgang, Heft 1, Januar 1912.

Tuberkulose und Tuberkuline, von R. Campana. Der Verfasser teilt einen Fall von Lupus nodularis des rechten Handrückens mit, der mit albumosefreiem Tuberkulin T. A. F. (Höchst) behandelt wurde. Der Patient hatte gleichzeitg Malaria, welche aber die Behandlung mit Tuberkulin in keiner Weise hinderte. C. glaubt, daß die guten Erfolge, die man mit Tuberkulin bei Hautlupus gemacht hat, ebenfalls bei Organtuberkulose erzielt werden könnten. Jedenfalls sah er nie davon Verschlimmerung, wohl aber ebenso wie an der Haut Besserungen.

Untersuchungen über die Prädispositionen der Organe bei Psoriasis und die Bekämpfung ihres Krankheitserregers, von Carlo Martegiani. Aus den anatomischen und klinischen Untersuchungen des Verfassers geht hervor, daß sich bei Individuen, welche eine Prädisposition für Psoriasis haben, Abweichungen von der Norm des Zustandes der epithelialen Schichten vorkommen. Die Nägel finden sich in einem Zustande von mangelhafter Ernährung mit ganz bestimmten Kennzeichen. Die Epidermis

Digitized by Google

im allgemeinen ist wenig widerstandsfähig. Das Korium und das subkutane Gewebe zeigt einen anormalen Fettreichtum, speziell an den Gelenken. Die Schleimhäute haben ebenfalls nur dünnen Epithelüberzug, der häufig hyperkeratisiert ist. Die Talg- und Schweißdrüsen zeigen nur spärliche Sekretion. Alle diese Veränderungen finden sich bei Individuen, welche früh oder spät Psoriasis bekommen. Ferner untersuchte M. die histologischen Veränderungen der psoriatischen Epidermis bei schon lange bestehender Erkrankung und fand die pathogenen Sporozoen der Krankheit entweder in gewöhnlicher Anzahl, oft aber auch nur spärlich vorhanden. In diesem Falle sieht man an den Epithelzellen Lücken im Protoplasma, von denen einige vom Sporozoon angefüllt sind, während andere den Abdruck desselben aufweisen. Diese Veränderungen ähneln denjenigen, welche Campana bei leprösen Bindegewebszellen demonstrierte.

Was die Therapie anbetrifft, so soll das Chrysarobin erst angewandt werden, wenn der psoriatische Prozeß stationär ist. Vorher soll der Krankheitserreger durch Sublimatbäder abgetötet werden.

Einige seltene Veränderungen speziell der Epidermis bei hereditärer Lues, von De Paolis Foglietta Ferdinando. In den mitgeteilten 5 Fällen konnten folgende Epidermisveränderungen festgestellt werden, welche bei hereditär-luetischen Kindern gefunden wurden: Tendenz zur Blasenbildung, vesiculöse Epidermolysis oft mit Entwicklungsfehlern oder teratologischen Zuständen oder ichthyosiformer Schuppenbildung vergesellschaftet. Diese kongenitale squamöse Epidermolysis ist in vielen Fällen auf hereditäre Syphilis zurückzuführen. Gunsett-Straßburg.

Revista española de Dermatologia y sifilografia.

XIV. Jahrgang, Nr. 158.

Die Simulation der Hautkrankheiten, von Eusebio Oyarzábal. Eine literarische Studie über simulierte Hautkrankheiten.

Ein Fall von Pruritus der Genitalien geheilt durch Hochfrequenz, von Leopoldo Rodriguez F. Sierra. Der Verfasser heilte eine jahrelang bestehende Plaque von Neurodermitis circumscripta mit Lichenifikation durch tägliche Applikation von Hochfrequenzströmen in drei Wochen. Es wurde die Kondensator-Elektrode von Doumer in Sitzungen von 10 Minuten Dauer bei einer Stromstärke von 8 Ampere verwandt.
Gunsett-Straßburg.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1911, Bd. 5.

Salvarsan und hereditäre Syphilis, von Achille Breda. Drei Frauen wurden während der Schwangerschaft mit Salvarsan behandelt. Nur bei einer gelang es, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen, die beiden anderen Kinder starben, das eine an Pneumonia alba. Dann berichtet Verfasser über Arsenuntersuchungen, einerseits im Urin, andererseits in einem exzidierten Pseudoabszeß nach Salvarsan bei intramuskulärer Einverleibung. Da im Urin nur wenig von der injizierten Menge nachweisbar ist, resp. in dem Abszeß noch nach Monaten Arsen nachgewiesen wurde, warnt Verfasser vor häufigen intramuskulären Einspritzungen größerer Dosen und gibt den intravenösen den Vorrang.

Bakteriologische Untersuchungen beim chronischen Pemphigus, von Pasini. Kulturen vom zirkulierenden Blut des lebenden Kranken blieben immer steril. Kulturen

Digitized by Google

aus dem Blaseninhalt ergaben in einigen Fällen Staphylococcus pyocyaneus albus und aureus, in einigen wenigen einen Diplokokkus, oder Bacillus coli communis, pyocyaneus, pseudodiphthericus. Bei keinem von diesen Mikroorganismen war der Befund so einwandsfrei, daß man eine Sekundärinfektion ausschließen konnte. Kulturen, nach dem Tode entnommen, vom Knochenmark, Herzen, Leber und Milz, ergaben in einigen Fällen den Bacillus pyocyaneus, aber auch unter Bedingungen, die eine Sekundärinfektion nicht ausschließen. Besondere Aufmerksamkeit verdient indessen ein Bazillus, der aus Knochenmark, Herzblut, Milz und Leber von Radaeli und Verfasser isoliert wurde. Er besitzt morphologische und kulturelle Eigenheiten und zeigt spezifische biologische Merkmale bei Anwesenheit von Pemphigusserum. Bei Tieren (Meerschweinchen und Kaninchen) ruft er pemphigusähnliche Erscheinungen hervor.

Über die sogenannten Tuberkulide, Acne scrophulosorum, Folliklis, Aknitis, von Boselli. Bericht über drei Fälle derartiger Erkrankungen. Auf Grund der Untersuchungen schließt B. sich der bazillären Theorie an: Die nekrotisierenden Tuberkulide stellen bazilläre Hauttuberkulosen von gutartigem Charakter dar, in Verbindung stehend mit infektiösen inneren Herden, die entweder abgeschwächte Bazillen enthalten oder Toxine, die der Haut die Fähigkeit verleihen, die zirkulierenden Bazillen leichter in der Haut zu fixieren, aber gleichzeitig durch Immunisierung sie abzutöten.

Mikrosporie durch „Mikrosporon" Iris, von Pasini. (Mit 6 Tafeln.) Es handelt sich um 283 vom März 1908 bis September 1911 beobachtete Fälle. Äußerlich unterscheiden sie sich nicht von dem Bilde der bekannten Mikrosporie. Den Erreger, den Verfasser züchtete, nannte er nach dem einer Iris gleichsehenden kulturellen Bilde Mikrosporon Iris. (Div. Abb.)

Anaphylaxiephänomene in der Haut, von Coppolino. Verfasser gelang es experimentell, indem er Kaninchen zum Teil Schweineserum, zum Teil eine 10%ige Lösung von gekochtem Pepton in das Peritoneum injizierte, auf der Haut durch minimale Mengen derselben Substanz Anaphylaxieerscheinungen (Ischämie mit nachfolgendem Ödem) hervorzurufen. Übertragen auf den Menschen regt er die Frage an, ob man bei der Urtikaria an Stelle einer Idiosynkrasie das Vorhandensein einer Anaphylaxie setzen könne.

Haas-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über „trockene" oder „Milchcreme", von J. Csillag-Budapest. (Bör-ei Bujakórtow, Beiblatt der Budapesti Orvosi Ujság, 1911, Nr. 3.) Die magistrale Bereitungsweise lautet:

Rp.:	Glyzerini	1900,0
	Stearini	600,0
	Aqu. dest.	1000,0
	Coque, dein miscendo sensim adde solution. calid.	
	Natr. hydrocarbon.	20,0
	Aqu. dest.	250,0
	dein solut. calid. Kalii carbon.	25,0
	Aqu. dest.	250,0
	U. f. massa crême-formis mollis.	
	S. Trocken- oder Milchcreme.	

Digitized by Google

Eine andere Vorschrift lautet:

Rp.: Cetacei	235,0
Stearini	565,0
Glyzerini	625,0
Aqu.	650,0
l. art. coctis misendo sensim adde solut.	
Kalii carbon.	41,0
Aqu. dest.	63,0
dein	
Aqu. calid.	2300,0
U. f. massa creme-formis mollis.	
S. Trocken- oder Milchcreme.	

Heißes Stearin und Zetazeum kommt mit Laugenlösungen (Natrium hydrocarbonicum, Kalium carbonicum) zusammen, wodurch ein Verseifungs- und Stoffwechselprozeß zustande kommt, und als Resultat desselben entsteht stearinsaures Natrium oder Kalium, bzw. Seife. Die Seife löst sich im Glyzerin und wird nach dem Abkühlen zu einer dichten schlagsahneähnlichfarbigen und -konsistenten Masse, deren rasches Trockenwerden das Glyzerin verhindert. Diese reine „trockene" oder „Milchcreme" ist nichts anderes als Glyzerinseife von Cremekonsistenz. Die Seife verseift die Fette und alle Fettstoffe, und sogar in die oberflächlichen Schichten des Epithels eindringend auch dessen Fettgehalt, wodurch die Hautoberfläche an Fett ärmer ist, aber da sie die oberflächlichen Schichten des Epithels aufquellt und lockert, fördert sie auch ihre leichtere Abschuppung. Die Haut wird weicher und fühlt sich sammetartig an. Die Creme ist in allen Fällen indiziert, in denen Fettentziehung von der Hautoberfläche, und eine die physiologische übertreffende, aber doch milde, oberflächliche, nicht wahrnehmbare Epithelabstoßung bewirkt werden soll, wie z. B. bei mäßiger Seborrhöe. Sie ist aber auch geeignet bei schwereren seborrhoischen Zuständen und den sich damit komplizierenden Komedo- und Akneznständen als fettfreies Vehikulum Der schon vorhandene fettarme Zustand der Haut bildet eine Kontraindikation. Creme ist schon an und für sich nicht unschädlich. Vermöge der Wirkungsstoffe von verheimlichter Qualität und Quantität kann sie von giftiger Wirkung sein. Verf. empfiehlt, daß eine einheitliche Bereitungsweise obligat sei und daß sie in die Reihe der offiziellen Präparate aufgenommen werde.

Porosz-Budapest.

Über das entzündungserregende Pulver des japanischen Nutzholzes „Tagayasan", von K. Jwakawa-Tokio. (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm., Bd. 65, H. 5. u. 6.) Tagayasan ist ein in Japan viel verwandtes Nutzholz, in dessen Spalten ein gelbes Pulver enthalten ist, das nach den Untersuchungen des Verfassers hauptsächlich aus Chrysophanhydroanthron besteht, einer dem Chrysarobin nahestehenden Substanz. Die mit dem Holz arbeitenden Leute erkranken häufig an Augenentzündungen und an einer Dermatitis, welche der durch Chrysarobin erzeugten gleicht.

Gunsett-Straßburg.

Zirkulation und Transformation des Queckeilbers im Organismus, von Desmoulières. (Journ. des pratic., 1911, Nr. 47.) D. teilt folgende, an der Abteilung von Gaucher angewandte Methode des Quecksilbernachweises im Urin mit: Zu 500 g Urin kommen 20 ccm HCl und die zur Zerstörung der organischen Substanz nötige Menge übermangansaures Kalium (gewöhnlich 15 g). Bei langsamer Erwärmung bis zur Siedehitze entfärbt sich der Urin und Manganoxyd fällt aus. Die abfiltrierte klare Flüssigkeit kommt in einen Trichter, dessen Auslauf durch einen Wattebausch, in dessen Innern sich eine Kupferspirale befindet, verschlossen ist. Der Trichter endigt in einen

Digitized by Google

mit Quetschhahn verschlossenen Gummischlauch, aus dem man in jeder Sekunde 2 Tropfen austreten läßt. Das Quecksilber setzt sich auf der Kupferspirale ab. Letztere kommt dann in eine Röhre, welche einen Jodkristall enthält. Bei leichtem Erhitzen der Röhre setzt sich dann an ihre Wand gelbes und rotes Jodquecksilber ab. Man kann mit dieser Methode noch $^1/_{100}$ mg Quecksilber nachweisen.

Was die Transformation des Quecksilbers im Organismus anbetrifft, so muß man annehmen, daß die eingeführten Salze durch die alkalischen Chloride des Organismus in Sublimat umgewandelt, andererseits aber auch in unlösliches Quecksilberalbuminat übergeführt werden. Letzteres kann wieder durch Kochsalz gelöst werden. Hierdurch erklärt sich auch die Wirkung der Kochsalz enthaltenden Schwefelquellen, welche das im Körper immobilisierte, von Injektionen unlöslicher Salze herstammende Quecksilber dem Organismus in löslicher Form zuführen. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von merkurieller Idiosynkrasie, von Burnand-Leysin. (Rev. Suisse rom., 1911, Nr. 5.) Mitteilung eines typischen Falles von außerordentlicher Empfindlichkeit gegen Quecksilber. Eine 25jährige Dame bekommt ein intensives, äußerst schmerzhaftes Erythem dadurch, daß geringe Quecksilberspuren eines zerbrochenen Thermometers in ihr Bett fallen. Ähnliche Anfälle werden aus der Anamnese der Kranken mitgeteilt. Kalomel verträgt dieselbe hingegen ohne jede Störung.

Gunsett-Straßburg.

Durch Einreibung von Quecksilberfett hervorgerufene Todesfälle, von E. Telletár-Budapest. (Gyógyászat, 1911, Nr. 36.) Gegen Gichtschmerzen der Gliedmaßen ordinierte eine Kurpfuscherin aus folgenden Mitteln bestehende Salbe: Für 10 Heller Hydrargyrum vivum, für 80 Heller Zinnober, für 10 Heller Kupfervitriol, $^1/_2$ kg Schweinefett. Dies wurde zusammengemischt und die Kurpfuscherin schmierte die 44jährige kranke Frau am 22. Februar vom Scheitel bis zur Zehe damit ein. Sie gab dem Manne die Weisung, er solle seine Frau dreimal täglich, 3 Tage lang, so einschmieren, überdies müsse die Kranke 9 Tage lang fasten, namentlich kein Schweinefleisch essen. Dieser Weisung getreu schmierte der Mann die Frau vom Scheitel bis zur Zehe ein, auch das Gesicht. Schon am ersten Tage fühlte sich Patientin unwohl. Mund und Rachen schwoll an, das Zahnfleisch fing an zu bluten, die Zähne wurden locker und es stellte sich heftiger Durchfall mit blutigen Stühlen ein. Die Kurpfuscherin, die wegen dieser besorgniserregenden Symptome gerufen worden ist, war darüber nicht im geringsten entsetzt, im Gegenteil sie beruhigte die Angehörigen damit, daß dies eine gewöhnliche Erscheinung ist. Sie mögen nur mit dem Schmieren fortfahren, die Patientin werde sich schon besser fühlen. Sie fuhren auch damit fort. Im Laufe von 3 Tagen bekam die Patientin neun Einreibungen, infolgedessen traten die Symptome heftiger auf. Am fünften Tage starb die Patientin. Am zweiten Tage der Einreibungskur erkrankte auch der Mann; er spuckte Blut und nach dem ärztlichen Visum repertum: „Das Gesicht ist auf beiden Seiten geschwollen, es ist beim Berühren schmerzhaft, die Zunge ist stark geschwollen, das Zahnfleisch ist stellenweise ganz zerstört und hängt in Fetzen herunter. Die Zähne wackeln, die Schleimhaut des Mundes, namentlich das Zahnfleisch, blutet, aus dem Mund kommt ein übler Geruch. Seine Genesung ist zweifelhaft." 12 Tage später wurde er in einem Spital aufgenommen, wo die Direktion folgende Krankengeschichte für das Gericht herausgegeben hat.

„Der Patient ist verfallen, auffallend blaß. Aus dem Munde kommt ein penetranter Geruch und blutiger Speichel. Die Wangen sind geschwollen. Das Zahnfleisch hängt in eitrigen Fetzen herunter, die Zähne stehen sehr locker, das Gebiß ist mangelhaft. Auf der Zunge, der Schleimhaut der Wangen und des Rachens sind stinkende, zerfallene Ulzera in großer Zahl. Das Schlucken ist unmöglich. Die Sprache ist stammelnd

Digitized by Google

unverständlich. Die Gliedmaßen sind mäßig starr, beim Bewegen zittern sie. In einzelnen Muskelgruppen ist ein Zucken zu bemerken. Zeitweise erbricht er blutigen Schaum. Seit Tagen ißt er nichts, die Entleerung läßt er unter sich. Die Stühle sind blutig, schwarz und dünn und werden unter Grimmen entleert. Urin wenig, dicht, enthält Eiweiß. Puls frequent, oberflächlich, fadenförmig. Bewußtsein gestört. Diagnose: Akute Quecksilbervergiftung, deren sämtliche Symptome vorhanden sind. Der Zustand ist lebensgefährlich." Das dritte Glied der Familie erkrankte ebenfalls. Die rechte Seite des rechtsseitigen Gesichts, das Zahnfleisch war geschwollen, beim Berühren schmerzhaft und leicht blutend. Der Mann starb nach 4 Wochen. Das Mädchen ging einigemal in das Zimmer der Patienten, wo ihm — wie es sagte — der Dunst der giftigen Salbe in den Kopf gestiegen ist. Die Frau wurde exhumiert. Die Schleimhaut des Darmes war blutig durchtränkt. Die chemische Untersuchung der Frau wies eine 6 cg Metallquecksilber entsprechende Quecksilbermischung auf, während im Manne 15,3 mg Metallquecksilber gefunden worden sind. Diese Quecksilbermenge ist mehrfach größer, als der normale Quecksilbergehalt der inneren Teile des menschlichen Körpers von entsprechendem Gewichte. Porosz-Budapest.

Die Gefahren der Karbolsäuresalbe in tropischen Gegenden, von J. C. Dalmahog-Allan-Honkong. (Brit. med. Journ., 7. Okt. 1911.) Eine Dame applizierte eines Abends wegen eines Mückenstiches sich etwas Karbolsäuresalbe auf den Handrücken, worauf alsbald eine Weißfärbung der Haut, Taubheit und auch brennender Schmerz sich einstellten. Am folgenden Tage erkannte man, daß eine Verätzung durch reine Karbolsäure stattgefunden hatte, was sich daraus erklärte, daß unter der Einwirkung des heißen Klimas sich die Säure zum größten Teil von dem Vaselin wieder getrennt hatte. Das mit derselben Masse gleichzeitig eingeriebene Bein eines Kindes war in noch höherem Grade affiziert. Philippi-Bad Salzschlierf.

Einfluß der Technik der Injektionsmethoden auf Remanenz und Wirkungsweise der Hg- und As-Präparate, von Karl Ullmann-Wien. (Wien. med. Wochenschrift, 1911, Nr. 24 u. 25.) Neben exakter Dosierung und den sonstigen Vorsichtsmaßregeln ist es wichtig, die Injektionen nur in die Muskelsubstanz, nicht aber darüber oder darunter, auch nicht an die Faszien und Knochen, Nerven und Gefäßstämme zu machen. Bei sehr fetten, aber muskelarmen Personen, bei hochgradig anämischen, kachektischen, bei Kindern soll auf jede intramuskuläre Einverleibung verzichtet werden; für diese Fälle bleibt die schwächer wirkende subkutane Deponierung zur Verfügung. Schourp-Danzig.

Physikalisches und Pharmakologisches über Eisen-Arsen-Quellen von Levico-Vetriolo, von H. Kionka. (Ztschr. f. Balneol. III, Nr. 22.) Außer bei Neurosen, Neuralgien usw. werden diese Quellen auch für chronische Hautausschläge, Blutkrankheiten und für Syphilis empfohlen. Richard Frühwald-Leipzig.

Experimentelle Untersuchungen über die pharmakologische Wirkung des Salvarsans, von Luigi Ferrannini. (Riforma med., 1911, Nr. 39—41.) Die Resultate der vorgenommenen Untersuchungen sind folgende:

1. In vitro findet weder eine Zerstörung noch eine Alteration der Blutkörperchen durch Salvarsan statt, auch wenn es in ziemlicher Menge (2 : 1) beigemischt wird.

2. Das Salvarsan hat einen bemerkenswerten und konstanten Einfluß auf die Bildung der Erythrozyten, was sich vor allem beim Regenerationsprozeß der Erythrozyten bei akuten Anämien nach Blutentziehung kundgibt.

3. In geringeren Mengen begünstigt es die Vermehrung der Leukozyten und hat, wie es scheint, keine kurative Wirkung bei der Leukämie.

Digitized by Google

4. Das Salvarsan hat fast keinen Einfluß auf die Hämoglobinbildung.

5. Das Salvarsan modifiziert in keiner Weise die qualitative Zusammensetzung der roten Blutkörperchen, ebensowenig als die Leukozytenformel des Blutes. Höchstens bedingt es eine leichte, inkonstante und vorübergehende Vermehrung der Lymphozyten auf Kosten der Leukozyten mit polymorphem Kerne.

6. Beim Gesunden wird weder die Resistenz der Erythro- und Leukozyten, noch die Hyperisotonie des Serums, noch die Alkaleszenz und Gerinnbarkeit des Blutes durch Salvarsan beeinflußt.

7. Bei Anämien (auch durch Blutentziehung) findet man eine qualitative Modifikation der roten Blutkörperchen und Modifikationen der Resistenz derselben und der Alkaleszenz des Blutes in Zusammenhang mit der rapiden Regeneration der Erythrozyten.

8. Die oxydierende Wirkung des Blutes wird in keiner Weise durch das Salvarsan verändert.

9. Das Salvarsan wirkt als blutbildendes Mittel in gleicher Weise wie die Arsenpräparate, indem es die Aktivität der hämatopoietischen Organe und besonders des Knochenmarks stimuliert, bei welch letzterem es eine nicht unbedeutende Hyperämie bewirkt, welche durch die Vermehrung des Hämoglobingehalts in Erscheinung tritt.

Gunsett-Straßburg.

Das Verhalten des Salvarsans im menschlichen Körper, von Gustavo Raimoldi. (Rivista Ospedaliera, Bd. 11, Nr. 11.) Der Verf. hat die Leber, Nieren, Milz, Gehirn usw. von einem syphilitischen Patienten untersucht, der 45 Tage nach einer Salvarsaninjektion (0,5 neutral unter die Mamma) starb. Er hat nach Arsen geforscht mit den biologischen Methoden von Gosio und konnte keine Spuren von Arsen finden. Im Gegensatz zu Bornstein schließt Verf., daß nach 45 Tagen das Arsen nicht nur aus den Organen, sondern auch aus der Injektionsstelle vollkommen geschwunden ist. Haas-Hamburg.

Zur Kritik der Ansichten über die Entstehung des Salvarsanfiebers, von L. Arzt & W. Kerl-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 48, 30. Nov. 1911.) Die beiden Verf. haben sehr exakte Versuche mit intravenösen Kochsalzinjektionen bei 42 Patienten vorgenommen, bei denen die sterilisierte Lösung aufbewahrt und nach einigen Tagen unter ganz genau denselben Bedingungen eine Reinjektion vorgenommen wurde. Bekanntlich hatte Wechselmann die Temperatursteigerung nach Salvarsaninfusion auf die Injektion von Eiweißsubstanzen geschoben, die von den zerfallenen Bakterienleibern stammen sollen, und hatte darum das Postulat aufgestellt, stets nur ganz frisch destilliertes Wasser zur Bereitung der Kochsalzlösung zu verwenden. Aus den sehr exakt vorgenommenen Untersuchungen geht aber hervor, daß die Verunreinigung der Kochsalzlösung nicht als Ursache der Temperatursteigerung angesprochen werden kann. Da die geringe Menge der Kochsalzlösung selbst nicht als Erreger des Fiebers angesehen werden kann, müssen entweder im Salvarsan selbst oder in individuellen Verhältnissen des Injizierten die Ursachen für die fieberhafte Reaktion erblickt werden.

W. Lehmann-Stettin.

Einfluß des Salvarsans auf die Leukozytenformel, von W. L. Yakimoff. (Ann. de l'instit. Pasteur, 1911, Nr. 5.) Verf. hat bei gesunden Ratten, wie bei solchen, die mit Spirochaeta Duttoni oder Trypanosoma gambiense infiziert waren, nach Salvarsaninjektion das Blut untersucht. Seine Resultate sind die folgenden: Zuerst nach der Injektion sinkt die Zahl der Leukozyten, der Prozentsatz der Neutrophilen und der „Auflösungsformen" steigt, der der Lymphozyten fällt. Dann folgt ein Stadium der Hyperleukozytose, in dem umgekehrt die Neutrophilen und die „Auflösungsformen" weniger werden und die Lymphozyten zahlreicher werden. Salvarsan wirkt also zuerst be-

Digitized by Google

einträchtigend auf das hämatopoetische System und zerstört auch eine große Anzahl von Leukozyten. Sind diese ausgeschieden, wirkt es anregend auf die Blutbildung (Vermehrung der Lymphozyten). Bei Affen findet man dieselben Erscheinungen, nur dauert das Stadium der Leukopenie länger wie bei den Ratten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Toxikodermien im Anschluß an Salvarsaninjektionen, von Vincenzo Fisichella. (Riforma med., 1911, Nr. 21.) Im ersten der beiden mitgeteilten Fälle trat 13 Tage nach Injektion von 0,6 Salvarsan (intramuskulär) ein typischer Herpes zoster intercostalis auf, rechts im 5. und 6. Interkostalraum gelegen und die Mediane nicht überschreitend. Nach 6 Tagen verschwand derselbe. Im zweiten Fall trat ebenfalls 13 Tage nach intramuskulärer Injektion von 0,4 Salvarsan unter starkem Jucken ein Ausschlag auf, der durch seine morphologischen Charaktere wie durch seinen Verlauf eine typische Form eines Erythema marginatum et circinnatum darstellte. Nach wenigen Tagen heilte die Erkrankung ab, rezidivierte aber sofort nach Einnahme von Liq. arsenicalis Fowleri.

Gunsett-Straßburg.

Über Spätexantheme nach intravenösen Salvarsaninjektionen, von W. Heuck-Bonn. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 46.) Verf. entgegnet auf eine Bemerkung von Frühwald (Münch. med. Wochenschr., Nr. 40), daß Spätexantheme nach der intravenösen Injektion von Salvarsan nicht nur von diesem Beobachter, sondern auch an der Bonner Klinik konstatiert worden sind. Sie sind von ihm und Jaffé schon früher publiziert (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 6) und von Hoffmann in der Niederrheinischen Gesellschaft besprochen worden. Zur Ergänzung wurden die vier Fälle von Spätexanthemen, von denen allerdings nur einer bloß intravenös behandelt worden war, während zwei intraglutäal und einer intravenös und auch intraglutäal injiziert waren, in den Hauptmomenten dargelegt. Verf. folgert aus diesen Beobachtungen, daß das intravenös injizierte Salvarsan nicht immer ganz so schnell eliminiert wird, als allgemein angenommen wird, sondern wohl in der Leber zur Aufspeicherung gelangt. Jedenfalls kommen aber Spätexantheme nach der intravenösen Applikation viel seltener vor, als bei den anderen Methoden der Darreichung. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zerebrospinalmeningitis als Rezidiv nach Salvarsan, von E. Oberholzer-Breitenau-Schaffhausen. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 50.) Verf. berichtet über einen Fall, der sich kaum anders denn als eine meningeale-luetische Affektion am Gehirn in der Gegend der 8.—12. Hirnnerven und am Rückenmark deuten läßt, bei einem 30jährigen Mann, starkem Potator und Raucher, der einige Monate nach der intraglutäalen Injektion von 0,6 Salvarsan noch einen heftigen Stoß gegen den Kopf erlitt. Auf eine Inunktionskur vergingen die sehr ausgeprägten Symptome bis auf geringe Reste und unter Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Verf. macht durchaus nicht die Salvarsanbehandlung verantwortlich für die ernsten meningitischen Erscheinungen; er unterließ eine Wiederholung der Injektion, nur weil Pat. sich nicht dazu verstehen wollte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Augenstörungen nach Salvarsaninjektionen, von Rochon Duvigneaud. (Bull. méd., 1911, S. 506.) Der Verff. berichtet über zwei Fälle, wo nach Salvarsananwendung Iritis und Neuritis optica auftrat. Jeanselme und Coutela haben bei einer Frau vier Monate nach der Injektion von 0,4 Salvarsan gleichzeitig mit Mundpapeln Papilloretinitis gesehen. Da Hg-Einspritzungen keinen besonderen Erfolg brachten, wurde noch zweimal Salvarsan gegeben, worauf sich die Erscheinungen besserten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Der Einfluß von Mikrobien auf die Wirkung des Salvarsans, von W. L. Yakimoff und N. Kohl-Yakimoff-St. Petersburg. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 49.) Im Frankfurter Laboratorium haben Verf. unter Ehrlichs Leitung eine Reihe von experimentellen Untersuchungen ausgeführt, um zu ermitteln, inwieweit das Vorhandensein etwaiger Toxine und Endotoxine eine Rolle bei der Wirkung von Salvarsaninjektionen zu spielen imstande ist. Sie stellten aus Bouillonkulturen von Bacterium coli commune ein für alle Versuche gleichmäßig nachher verwendetes Endotoxin her, von welchem für ihre Versuchstiere (Mäuse) eine Dosis von 0,5 ccm der Kultur für je 20 g Körpergewicht als Dosis tolerata sich auswies. Vom Salvarsan wurde diese Grenze bei Verwendung von 1 ccm einer Lösung von 1 : 300 bei intravenöser Einverleibung erreicht. Nachdem die Wirkung solcher Injektionen festgestellt worden war, wurden noch Versuche bei Tieren, welche mit Trypanosomen (Feroxstamm) infiziert wurden, ausgeführt. Aus den beigefügten Tabellen ist nun zu entnehmen, daß durch das Einführen des Endotoxins gleichzeitig mit der Salvarsaninjektion die Toxizität der letzteren ziemlich genau verdoppelt wird. Ferner wurde konstatiert, daß auch die Giftwirkung der subkutanen Injektion von Salvarsan durch eine gleichzeitige intravenöse Zuführung von Endotoxin ganz deutlich gesteigert wurde. Bei den mit Trypanosomen infizierten Tieren, von denen zwei Serien, eine stark infizierte und eine schwach infizierte beobachtet wurden, waren die Resultate analog, aber sogar noch viel intensiver ausgesprochen. Die Toxizität des Salvarsans erhöhte sich je nach der Applikationsweise, dem Grade der Trypanosomeninfektion und der Menge des verwendeten Endotoxins bis zu dem Dreißigfachen der sonstigen Wirkung. Philippi-Bad Salzschlirf.

Wie soll man Salvarsan zur Injektion präparieren und wieviel soll man injizieren? von Emery. (La Clinique, 1911, Nr. 44.) E. tritt für wiederholte Injektion von höchstens 0,3 Salvarsan ein. Diese Dosis ist bei gewissen Kranken (Kachektischen, Tuberkulösen usw.) noch zu verringern. Richard Frühwald-Leipzig.

Über Salvarsan, von P. Ehrlich-Frankfurt a. M. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 47.) In diesem beim Naturforscherkongreß in Karlsruhe gehaltenen Vortrag gibt E. in allgemeinen Umrissen eine kurze Übersicht über den derzeitigen Stand unserer Kenntnisse von der Leistungsfähigkeit des Salvarsans bei verschiedenen Erkrankungen, namentlich natürlich bei der Syphilis. Ein großer, sogar ein sehr großer Teil der dem Mittel zur Last gelegten Nachteile ist auf Fehler in der Technik zurückzuführen. Hierzu gehört die Verwendung von Wasser, das durch Bakterienleiber verunreinigt ist, worauf ja Wechselmann zuerst hingewiesen hat. Daß die sog. Neurorezidive nicht eine spezielle Wirkung der Injektionen repräsentieren, legt E. ausführlich dar; sie mögen wohl auch auf den „Wasserfehler" in vielen Fällen zurückzuführen sein. Andererseits konnte Benario bei einer in zwölf Monaten gesammelten Statistik von 194 Neurorezidiven nach Salvarsan dieser Zahl die Summe von 122 analogen Affektionen bei Patienten, welche mit Quecksilber behandelt worden waren, im gleichen Zeitraum gegenüberstellen. Auch ist hervorzuheben, daß die Verwendung von Salvarsan bei nichtsyphilitischen Patienten (z. B. bei Rekurrens, Malaria, Frambösia) bisher noch keine Nervenstörungen im Gefolge gehabt hat. Daß man bisher noch nicht die beste Applikationsweise bei diesem Mittel endgültig festgestellt hat, kann nicht wundernehmen, wenn man bedenkt, daß auch in bezug auf das Quecksilber die Meinungen noch vielfache Abweichungen aufweisen; für die nächste Zeit wird jedenfalls diese Frage die Hauptaufgabe der Forschung bilden. Gegen den von mancher Seite erhobenen Vorwurf, daß mit dem Salvarsan die Frage von der Therapia sterilisans magna nicht gelöst sei, wendet sich Redner mit einigen Bemerkungen: bei einer Reihe von Erkrankungen bei Tieren ist dieselbe tatsächlich erreicht, und auch beim Menschen hat man bei Affektionen,

Digitized by Google

wie Typhus recurrens, Frambösia, Bilharzia usw., wiederholt durch eine einmalige Injektion eine definitive Heilung bewirkt. Es ist also dieses Ziel keine Utopie, sondern eine durch wissenschaftliche Beobachtung begründete Möglichkeit.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Salvarsan, von Elias Friedberg. (Inaug.-Dissert., Berlin, 1911.) Die Erfahrungen auf der obigen Klinik berechtigen zu dem Schluß, daß die Therapia magna sterilisans durch Salvarsan nicht erreicht ist. Bei Leberkrankheiten sind die mit Salvarsan erreichten Resultate weniger günstig als die mit Quecksilber erreichten. Bei Herzkrankheiten ist die Frage unentschieden. Dasselbe gilt für Nierenkrankheiten. Bei Diabetes insipidus auf syphilitischer Basis wurden günstige Resultate erziehlt. Bei Lues cerebrospinalis oder cerebri sind die Resultate günstig. Bei Tabes dorsalis gelang es in einigen Fällen, die Wassermannsche Reaktion zum Schwinden zu bringen, ohne Einfluß auf das allgemeine Befinden. Dagegen gelang es bei gastrischen Krisen und bei Tabes incipiens, die Beschwerden für einige Zeit zu beseitigen. Dementia paralytica ist, wie auch zu erwarten war, durch Salvarsan unbeeinflußt geblieben. Syphilitische Herz- und Nierenkrankheiten sind keine Kontraindikationen gegen Salvarsan.

Fritz Loeb-München.

Salvarsan, von James S. McLester-Birmingham. (Journ. americ. med. assoc., Bd. 56, Nr. 25.) Schourp-Danzig.

Zur Salvarsanfrage, von Leredde. (Journ. des pratic., 1911, Nr. 51.) In diesem Artikel wendet sich L. gegen den von autoritativer Seite in Frankreich gegen das Salvarsan gerichteten Vorwurf der Gefährlichkeit. Er hebt mit Recht hervor, daß auch das Quecksilber in vielen Fällen gefährlich sein kann und daß das Salvarsan, richtig gehandhabt, im Gegenteil wenig toxisch ist. Gunsett-Straßburg.

Über den jetzigen Stand der Salvarsanbehandlung nichtluetischer Krankheiten, von Friedrich Becher. (Inaug.-Dissert., Marburg, 1911.) Das Salvarsan ist wegen seiner spirillotoxischen Eigenschaften ein souveränes Mittel bei der Bekämpfung nicht nur der Syphilis, sondern auch aller anderen von Protozoen hervorgerufenen Infektionskrankheiten der Menschen und Tiere. Die Therapia sterilisans magna ist durch das Salvarsan erreicht worden bei Febris recurrens und Framboesia tropica, ferner bei einigen durch Protozoen hervorgerufenen Tierkrankheiten. Bei einer großen Anzahl anderer Krankheiten, die schon empirisch einer Arsentherapie unterzogen worden waren, hat das Salvarsan keine wesentliche Verbesserung der Heilresultate hervorgebracht, aber immerhin sind oft die Erfolge schneller eingetreten als bei den früheren Arsenpräparaten. Ebenso wie bei der Syphilis ist auch bei den hier in Frage stehenden Krankheiten die intravenöse Injektion durch die Sicherheit der Wirkung und durch die geringe Belästigung des Patienten als die beste jeder anderen Darreichungsform vorzuziehen.

Fritz Loeb-München.

Die Verabreichung des Salvarsans per rectum, von Geley-Annecy. (Journ. de méd. et de chir. prat., 25. Nov. 1911.) Alle bisher dem Salvarsan zur Last gelegten Unannehmlichkeiten verschwinden bei dieser Technik. Kein spezielles Instrumentarium, keine aseptischen Kautelen sind mehr nötig, das Verfahren ist schmerzlos und ungefährlich. Das Salvarsan wird in physiologischer Kochsalzlösung gelöst, alkalisch gemacht, wieder gelöst und dann nach Hinzufügen von 100 bis 120 g physiologischer Kochsalzlösung mittels Irrigators ins Rektum gegossen. Was die Wirkungen anbelangt, so drückt sich der Verfasser reserviert aus in Anbetracht der geringen Zahl von Fällen, die er bisher so behandelt hat. Gunsett-Straßburg.

Zur Einführung des Salvarsans durch das Rektum, von Bagrow. (Russki Wratsch, 1911, Nr. 49.) Verf. hat, nach dem Kromayerschen Vorbilde, wöchentlich

Digitized by Google

einmal 0,1 und im ganzen bis zu 0,6 Salvarsan, als Suppositorium auf folgende Weise hergestellt, angewandt:

Salvarsani 0,1 (!)
Tere c. ol. amygdal. quantitatis minimae
Adde Novocaini 0,01
Butyr. Cacao q. s. ad supposit. unum
D. ex tempore S. Stuhlzäpfchen.

Das Suppositorium wird wie üblich eingeführt, jedoch ist es wünschenswert, daß es möglichst lange gehalten wird. Am besten läßt man das Suppositorium abends zwischen 5 und 6 Uhr einführen und sorgt dafür, daß der Kranke erst am andern Morgen Stuhl hat. Die Reizung nach der Einführung ist gering und dauert nur 2—3 Stunden.

Arth. Jordan-Moskau.

Über „Joha", ein 40proz. Salvarsanöl, von Carl Schindler-Berlin. (Wien. med. Wochenschr., 1911, Nr. 28.) Sch. empfiehlt eine an anderer Stelle bereits beschriebene Salvarsanölinjektion zur beschwerdefreien Applikation (cf. diese „Monatshefte", Bd. 53, Nr. 3, S. 170). Schourp-Danzig.

Über die rationelle Methode der intramuskulären Einspritzung ätzender Mittel, speziell des Salvarsans, von J. Halpern-Grodna. (Allgem. med. Centralztg., 1911, Nr. 31.) Schourp-Danzig.

Erfahrungen über die therapeutische Wirksamkeit der Arsoferrin-Tektolettes, von K. Schleyen-Wieden. (Wien. med. Wochenschr., 1910, Nr. 43.) Bei Ekzem, Psoriasis und im Anschluß an Quecksilberbehandlung ist die Darreichung der Arsoferrin-Tektolettes zur roborierenden Unterstützungskur empfehlenswert. Schourp-Danzig.

Beiträge zur Wundbehandlung mit Bolus alba, von W. Liebmann-Dessau. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 40.) Die wirksamen Bestandteile der hier empfohlenen „Boluswundpaste" sind feingepulverter Bolus, 96%iger Alkohol, Glyzerin und Azodermin (entgiftetes Scharlachrot). Die Tube wird in keimfreiem Zustande von der Aktiengesellschaft für Anilinfabrikation in Berlin in den Handel gebracht und läßt sich auch nachträglich sterilisieren. Sie wirkt austrocknend, adstringierend und granulationsbefördernd sowie epithelbildend. Gunsett-Straßburg.

Verschiedenes.

Dr. Friedr. Kroiss, Assistent der chirurg. Klinik zu Innsbruck, wurde zum Primararzte der urologischen Abteilung des Kaiser Jubiläums-Spitales in Wien ernannt.

Dr. Joh. v. Fick (Wien) wurde von der Universität Dorpat die pro 1911 bestimmte Prämie der Robert Heimbüger-Stiftung für (meist in unserer Zeitschrift veröffentlichte) wissenschaftliche Arbeiten zuerkannt.

Dr. Walter Frieboes hat sich in Bonn als Privatdozent für Hautkrankheiten und Syphilis habilitiert.

Die Berliner Urologische Gesellschaft hat Prof. J. Israel und Geh. Med.-Rat Prof. E. Küster (Berlin) zu Ehrenmitgliedern gewählt.

Dr. Paul Mulzer hat sich in Straßburg i. E. als Privatdozent für Hautkrankheiten und Syphilis habilitiert.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

30. März 1912 | Nr. 13 | Band 54

Aus der Hautklinik in Tübingen.

Über die Behandlung der juckenden Hautkrankheiten mit normalem, menschlichem Serum.

Von

Prof. Dr. Linser.

Wenn wir die verschiedenen Hautkrankheiten, die mit Juckreiz verbunden sind, überblicken, so finden wir, daß, abgesehen von dem subjektiven Symptom des Juckens, kaum ein Merkmal dieselben verbindet. Man kann wohl annehmen, daß bei einer ganzen Reihe derselben mechanische Gründe eine wesentliche Rolle spielen. Andererseits können diese nicht die alleinige Ursache sein, wie wir an den meist ohne Jucken einhergehenden lokalen Hyperämien, Kongestionen usw. sehen. Bei der quälendsten, auch für den behandelnden Arzt mit unangenehmsten Hautkrankheit, beim Pruritus, fehlt uns jeder begründete, das Jucken einigermaßen erklärende Anhaltspunkt.

Hier klafft ein tiefer Riß zwischen den Anschauungen der Schulmedizin und der Laienwelt: Bei den Patienten treffen wir meist die feststehende Anschauung, daß diese Hautkrankheiten bis weit in das Gebiet, wo bereits eine gesicherte, durchaus genügende Ursache gefunden ist, zu den Bluterkrankungen gehören. Die Anschauung, daß das „schlechte Blut" an einem großen Teil der Hauterkrankungen schuld sei, ist hierzulande wenigstens eine absolut feststehende, so daß die meisten Praktiker dem Rechnung tragen und die Wünsche des Publikums mit „blutreinigenden" Mitteln zu befriedigen suchen. Ob den zu solchen Zwecken hauptsächlich verwandten Kräuterabsuden außer einer leicht laxierenden Wirkung noch andere, wirksamere Kräfte innewohnen, kann füglich bezweifelt werden.

Auf der anderen Seite kann aber der Mann der Schulmedizin dieser Laienmeinung nur entgegenhalten, daß unsere Wissenschaft bisher keinerlei Unterlagen für diese Annahme einer Blutveränderung gebe. Es wird aber wohl kaum einen Praktiker geben, der sich bei dieser Ablehnung so ganz sicher fühlte. Die Annahme einer Blutveränderung bedeutet doch bei einem großen Teil unserer Hauterkrankungen eine äußerst nahe-

Digitized by Google

liegende und erwünschte Erklärungsmöglichkeit. Wenn wir in dieser Hinsicht noch so wenig Sicheres wissen, dann liegt dies meines Erachtens nur an unserer bisher so geringen Kenntnis auf diesem Gebiete. Es scheint mir darum jeder Fortschritt in dieser Richtung begrüßenswert zu sein, der uns die Möglichkeit eröffnet, wenigstens einen kleinen Einblick in das dunkle Gebiet der Dyskrasien zu erhalten.

Wir haben vor etwa Jahresfrist hier in unserer Klinik bei einem schweren Fall von Impetigo herpetiformis, der durch kein Mittel zu bessern war, durch Einspritzung von Serum einer normalen Schwangeren eine rasche Abheilung erzielt. Diese Erfahrung ist seitdem zum Teil hier, zum Teil auswärts, in einer ganzen Reihe von Fällen bestätigt worden. Es hat sich gezeigt, daß durch Einspritzung von Serum normaler Schwangerer in kurzer Zeit eine Abheilung der oft recht bösartigen äußeren Erscheinungen, des Fiebers und des meist heftigen Juckreizes herbeigeführt werden kann. Dieses Resultat ist anscheinend nur an die Verwendung von Schwangernserum gebunden. Die Einspritzung von Serum einer Nichtschwangeren hat nicht denselben günstigen Effekt. Worauf das heilsame Prinzip dieser Behandlung beruht, ob darauf, daß wir durch Einspritzen von Serum einer Gesunden dem kranken Organismus einen bisher fehlenden Bestandteil geben oder seine Bildung anregen, oder daß wir ein in dem kranken Organismus kreisendes Gift dadurch neutralisieren läßt sich bisher nicht sagen.

Wir haben seitdem die Serumbehandlung auf eine große Reihe von andern Hautkrankheiten ausgedehnt, und es ist uns dabei die juckstillende Wirkung derselben in vielen Fällen auf das angenehmste aufgefallen. Nach der Impetigo herpetiformis und andern Schwangerschaftsdermatosen war es zuerst die Urticaria, bei der wir in einer ganzen Anzahl von Fällen durch Serumbehandlung ausgezeichnete Erfolge erzielten. Selbstverständlich haben wir die Serumbehandlung hauptsächlich da angewendet, wo andere Maßnahmen nicht zum Ziele führten, also besonders in den ätiologisch unklaren Fällen. Nächst dem wandten wir uns den in dieselbe Gruppe gehörenden, hauptsächlich bei Kindern vorkommenden urtikariellen Dermatosen, Strophulus, Prurigo, sowie dem Kinderekzem zu. Auch hier ist der Erfolg meist ein äußerst frappanter, besonders bei dem Strophulus und Prurigo. Auch beim Ekzem der Kinder schätzen wir die unterstützende Wirkung des Serums sehr hoch: der Juckreiz geht gewöhnlich rasch zurück, die Kinder hören auf, sich zu zerkratzen. Damit ist an und für sich schon ein günstiger Einfluß auf die Ausschläge gegeben. Selbstverständlich unterlassen wir in solchen Fällen die äußere Behandlung nicht, da die Erfahrung gezeigt hat, daß die Serumbehandlung allein nicht genügt, um die Ekzeme zum Schwinden zu bringen.

Digitized by Google

Mit zu den erfreulichsten Erfolgen gehört auch der Pruritus der alten Leute. Natürlich nicht etwa der auf kleine Stellen, Anus usw., beschränkte Pruritus, sondern der ausgedehnte, besonders der universelle Juckreiz. Wir verfügen über eine ganze Anzahl von Fällen, wo Patienten auswärts mit diesem quälenden Leiden aufs intensivste mit innerlichen und äußerlichen Mitteln behandelt wurden. Selbst bei solchen, die auf mehrfache Kochsalzinfusionen (Bruck) keinerlei Besserung erfahren hatten, haben wir durch ein paar Seruminjektionen prompten Rückgang des Juckreizes erhalten.

Auch bei universellen Ekzemen der Erwachsenen wenden wir mit gutem Erfolg die Seruminjektionen an und haben den Eindruck, daß bei einer großen Reihe von Fällen eine sehr günstige Beeinflussung der vorher so hartnäckigen Ausschläge und besonders auch des Juckreizes hervorgebracht wird.

Die Technik der Serumbehandlung ist eine äußerst einfache. Unsere ausgedehnten Erfahrungen haben uns gelehrt, daß ein wesentlicher Unterschied zwischen dem Serum von normalen Gesunden und dem gesunder Schwangerer besteht. Wir wenden daher Schwangernserum nur wieder bei Schwangeren an, niemals bei Nichtschwangeren. Es scheint uns auch ein Unterschied zu bestehen zwischen dem Serum von männlichen und weiblichen Individuen, und wir injizieren deshalb, wenn es irgend angeht, bei weiblichen Hautkranken weibliches Serum und umgekehrt. Je frischer das Serum ist, um so wirksamer im allgemeinen. Wir lassen zu diesem Zweck aus der Kubitalvene gesunder Leute (keine nachweisbare Tuberkulose, negativer Wassermann!) ca. 50 ccm Blut direkt in ein steriles Zentrifugierglas einlaufen, in dem sofort durch ca. 5 Minuten langes Schütteln mit Glasperlen die Defibrinierung vorgenommen wird. Alsdann wird das Blut in der elektrischen Zentrifuge ausgeschleudert und meist schon nach einer halben Stunde das so abgetrennte Serum (gleichgültig ob klar oder milchig getrübt) mit einer Rekordspitze aufgesaugt und injiziert. Wenn man mit gut gereinigten, sterilen Instrumenten arbeitet, kann man das Serum unbedenklich intravenös injizieren, sonst, namentlich bei Kindern, injizieren wir subkutan; 10—20 ccm genügen in der Regel vollkommen zu einer einmaligen Einspritzung. In den meisten Fällen machen wir davon 3—5 Injektionen an aufeinanderfolgenden Tagen und warten dann die Wirkung ab. Genügt dies nicht, so können die Injektionen noch mehrfach wiederholt werden. Wir haben Patienten, wo bis zu 60 Injektionen an aufeinanderfolgenden Tagen gemacht wurden. Irgend eine Gefahr besteht bei sterilem Arbeiten und Einhaltung der erwähnten Kautelen nicht. Anaphylaktische Erscheinungen kommen selbstverständlich, da es sich ja nur um Anwendung artgleichen Serums handelt,

Digitized by Google

nicht in Betracht. Wir scheuen uns nicht, bei rein ambulanter Behandlung die Serumtherapie anzuwenden.

Worauf die Wirkung unserer Serumbehandlung beruht, läßt sich zurzeit nicht bestimmt sagen. An der Tatsache, daß sie in sehr vielen Fällen und besonders bei juckenden Hauterkrankungen Ausgezeichnetes leistet, ist nach unseren ausgedehnten Erfahrungen kaum zu zweifeln. Unter allen Umständen ist darum ein Versuch in sonst erfolglos behandelten Fällen dringend anzuraten.

Die Lebensaussichten der kongenital-luetischen Kinder.

Von

Dr. O. Sprinz, Charlottenburg.

In fast allen europäischen Kulturländern ist eine Abnahme der Geburtenhäufigkeit zu konstatieren. Die letzte Volkszählung brachte für Deutschland trotz weiterer Zunahme der Bevölkerung sogar einen Rückgang der absoluten Geburtenzahl.

Wenn bisher unsere Bevölkerungsziffer trotzdem weiter im Wachsen ist, so verdanken wir das nur dem Absinken der Sterblichkeit; da dieser Abnahme aber eine natürliche Grenze gezogen ist, so muß es schließlich zu einem Rückgange der Volksziffer kommen. Das sind Erwägungen, die uns mit ernster Sorge erfüllen müssen, und es zu einer wichtigen nationalen Aufgabe machen, die notwendigen Maßnahmen gegen den Geburtenrückgang zu ergreifen.

Diesen Überlegungen verdanken die Säuglingsschutzbestrebungen, die neuerdings in so großzügiger Weise bei uns gefördert werden, ihre Entstehung.

Wenn aber die Erhaltung von Menschenleben von so großer Bedeutung geworden ist, so ist doch die Sorge für die erblich kranken Kinder als ein berechtigter Faktor der allgemeinen Wohlfahrtspflege zu betrachten. Von diesem Gesichtspunkte aus sind auch die Heime für erbsyphilitische Kinder gegründet worden. Das erste dieser Art wurde von Edward Welander am 3. Dezember 1900 ins Leben gerufen. In seinem Asyle können erbsyphilitische Kinder unter sorgfältiger Wartung und Pflege mehrere Jahre hindurch kostenfrei verbleiben. Dem Beispiele von Stockholm folgte zunächst Kopenhagen. In Deutschland war es Julius Heller, welcher als erster die Errichtung von Kinderheimen für kongenital-luetische Kinder in Wort und Schrift empfahl. In einem Vortrage über dieses Thema in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft

Digitized by Google

führte er etwa folgendes aus: „Das Schicksal der hereditär-syphilitischen Kinder hängt zum großen Teil von der Pflege ab, die ihnen gewidmet wird. Wir alle wissen, daß ein großer Teil der syphilitischen Kinder aus besser gestellten Kreisen die Krankheit ohne wesentliche Schädigung durchmacht. Schließlich bleibt abzuwarten, ob eine systematische Behandlung und Überwachung, das Einsetzen einer antisyphilitischen Behandlung zur rechten Zeit, die Heranziehung aller modernen Faktoren, die Resultate nicht noch weiter verbessert. Als Fachleute dürfen wir daher die Prognose der hereditären Syphilis durchaus nicht ungünstig ansehen und wenn auch nicht allen, so doch der großen Mehrzahl der Pfleglinge der zu gründenden Kinderheime Leben und Entwicklung zu gesunden oder wenigstens annähernd gesunden Individuen versprechen."

A. Buschke machte einige Jahre später den Vorschlag, man solle an den Säuglingskrankenhäusern Sonderabteilungen für luetische Kinder einrichten, wo sie längere Zeit unter Pflege ihrer luetischen Mütter und Ammen bleiben könnten mit einem dermatologischen Berater zur Seite. Schließlich wurde dank den Bemühungen von O. Rosenthal 1909 in Berlin-Friedrichshagen ein Heim für erbsyphilitische Kinder — nach Art des Welanderschen — eröffnet. Die Anstalt bietet Platz für 40 Kinder, die die ersten vier Lebensjahre darin zubringen sollen. Auch am Rummelsburger Waisenhause besteht eine besondere Abteilung, wo Kinder mit kongenitaler Lues mehrere Jahre verbleiben können.

Die bis jetzt vorliegenden Berichte lauten recht günstig. So haben sich die Pfleglinge Welanders kräftig entwickelt, nur bei 2 von 32 kam es zum Wiederauftreten von syphilitischen Symptomen nach der Aufnahme im Heime. Auch Rosenthal rühmt die körperliche und geistige Entwicklung der Anstaltskinder, die absolut normal voranschreitet.

Vom Standpunkte der Humanität ist die Einrichtung solcher Heime gewiß zu begrüßen. Aber es fragt sich, ob es auch volkswirtschaftlich lohnend ist, in so ausgiebiger Weise für die mit Erblues behafteten Kinder zu sorgen, ob die erheblichen Unkosten auch in einem richtigen Verhältnis zu den erreichbaren Erfolgen stehen. Uns interessiert es also, zu ermitteln, ob ein beträchtlicher Teil von den genannten Kindern zu körperlich und geistig brauchbaren Menschen heranwächst. Die Bedeutung solcher Fragen für die Prognose hebt auch Finkelstein hervor: „Was in prognostischer Beziehung unser Interesse in Anspruch nimmt, ist weniger die Frage nach der gerade vorliegenden Äußerung der Krankheit, weit wichtiger ist es, Anhaltspunkte zu haben für die Abgabe eines allgemeinen Urteils, wie sich die Dinge weiterhin entwickeln werden. Ist es möglich, daß aus dem kleinen Patienten nach Jahr und Tag ein gesunder Mensch wird?"

Digitized by Google

Es unterliegt keinem Zweifel, daß nach einer Reihe von Jahren einmal die Pflegeheime selber uns die wertvollsten Aufschlüsse über die gesundheitliche Entwicklung der kongenital-luetischen Kinder liefern werden; gegenwärtig aber ist die Zahl der in den Asylen untergebrachten Pfleglinge noch zu klein, um so allgemeine Schlüsse für die Prognose zu gestatten; auch ist die Dauer der Beobachtung noch zu kurz, als daß schon heute ein Urteil möglich wäre, wie späterhin sich die gesundheitlichen Schicksale der Kinder gestalten werden. Dagegen finden sich in der Fachliteratur zahlreiche, diesbezügliche Beobachtungen zerstreut, die wir sammeln und zur Beantwortung der uns hier interessierenden Fragen verwerten können. Auf Anregung des Herrn Prof. Heller will ich deshalb versuchen, an der Hand von erreichbaren statistischen Daten ein objektives Bild von der Prognose der Erbsyphilis zu geben. Dieser Aufgabe entsprechend sind für uns die einzelnen Symptome der hereditären Syphilis nur dann Objekte statistischer Betrachtung, wenn sie für die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder von Bedeutung sind.

Ansichten einiger hervorragender Autoren über die allgemeine Prognose der kongenitalen Lues.

Wir geben zunächst die Ansichten einiger Syphilidologen, welche im großen und ganzen die Prognose ungünstiger beurteilen als die Pädiater. Das hängt wohl damit zusammen, daß die Syphilidologen die Kinder nur mit den schweren Ausbrüchen ihrer Krankheit zu beobachten Gelegenheit haben, während Kinder- und Hausärzte die Gesundheitsverhältnisse der kleinen Patienten oft jahrelang weiter verfolgen können.

von Zeissl sieht die Prognose höchst ungünstig an: „Über $^{2}/_{3}$ der durch Syphilis bedingten Todesfälle ist der kongenitalen Syphilis zuzuschreiben; aber auch bei Erhaltung des Kindes ist trotz sorgfältiger Pflege späteres Siechtum in körperlicher wie in geistiger Beziehung häufig."

Kaposi hebt ebenfalls die Polymortalität hervor und erklärt es für eine Ausnahme, wenn erbsyphilitische Kinder vollständige Heilung erlangen und zeitlebens gesund bleiben. Nach seiner Ansicht ist die Prognose der hereditären Syphilis durchaus weit ungünstiger als die der akquirierten. Wesentlich günstiger beurteilt Hutchinson den schließlichen Ausgang der kongenitalen Lues: Nach Abklingen der Säuglingssyphilis kommt es erst um die Pubertätszeit wieder zu neuen Ausbrüchen der Krankheit, welche besonders Augen, Ohren und Knochen betreffen. Sind auch diese geheilt, so wird der Patient gewöhnlich während seines ganzen übrigen Lebens von allen Symptomen befreit sein. Schwere Affektionen des Nervensystems kommen zwar vor, doch hat sie Hutchinson nur selten beobachtet.

Nun folgen die Ansichten einiger Pädiater:

Baginsky trennt bezüglich der Prognose die elenden Kinder, welche leicht sterben, von den kräftig geborenen, die relativ leicht am Leben erhalten werden; „indessen sind auch elende Kinder in guten Familien an der Mutterbrust und bei sorgfältiger hygieni-

Digitized by Google

scher Pflege häufig am Leben zu erhalten". — Wir werden über den Einfluß von Pflege und Ernährung auf die Gestaltung der Prognose weiter unten ausführlich zu sprechen kommen.

Finkelstein hält auf Grund seiner reichen Erfahrungen die Heilbarkeit der angeborenen Syphilis für zweifellos: „Auffallenderweise finden die ungünstigen Vorstellungen, die über die Schicksale des Säuglings so auch über die des älteren Kindes ziemlich allgemein verbreitet sind, durch die wirklich exakten Beobachtungen keinerlei Stütze. Die Kinder können zu gesunden, selbst blühenden Menschen heranwachsen. Die Zahl der Schwächlichen, Anämischen ist nicht größer wie bei den Syphilisfreien."

Heubner weist mit Recht darauf hin, daß die Polymortalität überwiegend auf die schwere fötale Syphilis mit ihren Fehl- und Frühgeburten zu schieben ist. Die Säuglingssyphilis dagegen, welche der Praktiker in Behandlung bekommt, gibt eine viel bessere Prognose. Von den Säuglingen kann, wenn sie in geordneter Behandlung bleiben, ein ganz erheblicher Teil am Leben erhalten werden, wenn auch von diesen wiederum ein Teil chronischem Siechtum nicht entrinnt.

Polymortalität der fötalen Syphilis.

Es ist eine altbekannte Tatsache, daß in Ehen, in welchen Syphilis der Eltern besteht, eine sehr große Zahl der Schwangerschaften durch Aborte, Früh- und Totgeburten einen ungünstigen Verlauf nehmen. Da bei dem uns gestellten Thema nur die klinischen Erscheinungen der Erblues in Betracht kommen, so soll es genügen, die Zahl der vorzeitig und mit dem Tode der Frucht endenden Schwangerschaften im Verhältnis zu ihrer Gesamtzahl, wie sie von verschiedenen Autoren ermittelt wurde, in einer Tabelle zusammenzustellen. Es ist dabei für unseren Zweck gleichgültig, ob der Tod der Frucht direkt bei der Geburt oder erst kurz nachher erfolgt.

Autor	Zahl der Ehen	Zahl der Schwangerschaften	Zahl der Aborte	Tod bei oder kurz nach der Geburt
Koebner	17	47	15	7
Hugenin	125	361	103	73
Fournier	500	1127	230	245
Hochsinger	392	1484	726	
J. A. Conth	200	1156	376	396
	1234	4175	2171	

1234 Frauen wiesen also 4175 Schwangerschaften auf, von denen durch Abort und Tod bei oder kurz nach der Geburt 2171, d. s. 52%, zugrunde gingen.

d'Autnay[1]) berechnet als Durchschnittszahl 45% Aborte, welche zu Lasten der Syphilis gehen, indem er die von verschiedenen Autoren gefundenen Werte zusammenstellte.

[1]) (zitiert nach Barrasch.)

Digitized by Google

Autor	Aborte in Prozentzahlen ausgedrückt	Autor	Aborte
Ruge	83,5	Fournier	46
Stolz	67	Le Pileur (Lourcine)	36
Potton	10	Raffinesque	34
Arnette	11	Blaise	33,6
Whitehead	45	Le Pileur (St. Lazare)	78,4
Weber	20	Krykus	26

Lebensfähigkeit der Frühgeburten.

Die syphilitischen Frühgeburten zeigen eine sehr geringe Lebenskraft, wie aus der Zusammenstellung von Kassowitz ersichtlich ist.

Die vor dem 6. Schwangerschaftsmonat geborenen Früchte (31) kamen sämtlich tot zur Welt. Von 48 siebenmonatlichen waren 40 tot bei der Geburt; von 48 achtmonatlichen waren 31 totgeboren. Von sämtlichen 127 syphilitischen Frühgeburten waren 102 — genau $^4/_5$ — totgeboren. Aber auch das Schicksal des übrigen Fünfteils war bald entschieden, denn bis zum Ende des ersten Monats waren alle bis auf drei gestorben.

Auch Lesser erklärt die Prognose bei Frühgeburten im 7. oder 8. Monat für fast absolut ungünstig.

Lebensfähigkeit der reifen, lebendgeborenen Kinder.

Auch von den ausgetragenen und zunächst überdauernden Kindern syphilitischer Eltern geht noch ein erheblicher Teil zugrunde. Die Mortalität ist während des ersten Jahres am größten und nimmt schon innerhalb dieses von Monat zu Monat ab. Kassowitz berechnete, daß 34 % aller Kinder mit vererbter Lues schon während der ersten Monate sterben.

Werner ermittelte in Hamburg, daß von 67 rechtzeitig geborenen, kongenital-luetischen Kindern, deren Mütter Prostituierte waren, 48 = 72 % innerhalb des ersten Jahres starben. Im Findelhause zu Budapest starben von 178 Kindern mit hereditärer Syphilis 80 = 46 %.

Die ungünstigen äußeren Bedingungen, unter denen diese Art von Kindern heranwächst, sind gewiß für die hohe Sterblichkeit mit verantwortlich. Im Gegensatze dazu verlor Hochsinger von 263 Kindern, die in seiner Beobachtung standen, nur 79 = 30 %. Im ersten Lebensjahre starben 38 = 14,5 % des Gesamtmaterials.

Soweit Richard Pott ermitteln konnte, starben von den Kindern seiner Privatpraxis ca. 21 %; von dem poliklinischen Material ca. 8 %, doch entzogen sich von letzteren sehr viele der Dauerbeobachtung. „Im

Digitized by Google

ganzen dürften etwa $^2/_3$ der kongenital-luetischen Kinder am Leben bleiben." Im Ambulatorium Montis betrug die Mortalität 13,3 %, doch kamen auch hier nicht alle Todesfälle zur Kenntnis des Arztes. Nach Heller sterben in Berlin jährlich 0,3 % aller Kinder an Erbsyphilis, aber es verbergen sich unter der Rubrik „Atrophie und Lebensschwäche" noch viele Syphilitische. Heine schätzt die Sterblichkeit der kongenital-luetischen Säuglinge dreimal so groß als die der an andern Krankheiten leidenden Säuglinge des gleichen poliklinischen Materiales. Die erhöhte Letalität des Säuglingsalters ist auch bei Beurteilung der Sterblichkeit der späteren Lebensjahre mit in Betracht zu ziehen; „denn die günstige Lebensprognose des älteren Kindes muß teilweise als eine Folge der Auslese im ersten Jahre angesehen werden".

Waldvogel und Süssenguth negieren dagegen auf Grund statistischer Berechnung einen Einfluß der Syphilis auf die Mortalität der Säuglinge:

Es starben von hereditär-syphilitischen Kindern im Laufe des ersten Jahres 19,4 %; für nicht luetische beträgt die entsprechende Ziffer durchschnittlich (nach Eröss) = 18,83 %. Eine bemerkenswerte Differenz ist also nicht zu konstatieren. Auch Peiser ist der Ansicht, daß die hereditäre Lues nur eine geringe Rolle spielt in der Ätiologie der hohen Säuglingssterblichkeit im Gegensatz zu den in ihrem Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit immermehr gewürdigten Ernährungsstörungen.

Todesursachen.

Der Tod erfolgt entweder an den direkten Folgen der Syphilis oder an interkurrenten Krankheiten, denen der durch die Syphilis geschwächte Organismus nicht genügend Widerstand leisten kann. „Die Kinder sterben, sagt Heubner, nicht gerade an Syphilis, sondern an allgemeiner Schwäche ohne anatomische Läsionen, und jede Dyspepsie und jeder Bronchialkatarrh kann zur lebensgefährlichen Krankheit werden."

Als häufigste Todesursache fand Monti Bronchitis und Pneumonie. Unter 79 Todesfällen stellte Hochsinger mehrfach als Todesursache fest

Syphilis 13 mal
Pneumonie 17 mal
Meningitis 7 mal
Darmkatarrh 8 mal.

Einfluß des Stadiums der elterlichen Syphilis auf die Prognose.

Die Lebensfähigkeit wächst für diejenigen Kinder, auf welche die Syphilis in einem späteren Stadium der elterlichen Krankheit, also in weniger intensiver Weise vererbt wird (Kassowitz). Umgekehrt sind die

Digitized by Google

Chancen für ein Kind um so schlechter, je weiter vorn dasselbe in der Geburtenreihe steht.

J. Neumann fand, wenn die Infektion der Mutter vor der Konzeption statthatte,

die Prozentzahl der Mortalität = 65
„ „ „ Schädlichkeit = 70.

Fand Konzeption und Infektion gleichzeitig statt, betrug

die Prozentzahl der Mortalität = 75
„ „ „ Schädlichkeit = 91.

Bei der postkonzeptionellen Syphilis

betrug die Mortalität 39,8 %
„ „ Schädlichkeit 72 %.

Finger ermittelte, wenn die Mütter vor dem 5. Schwangerschaftsmonat infiziert waren,

eine Mortalität der Föten von 78 %
und eine Morbidität von 100 %.

Bedeutung der Syphilis beider Eltern für die Prognose.

Die gemischte Heredität, d. h. wenn Vater und Mutter von Syphilis befallen sind, gibt die größte Morbidität und Mortalität. Fournier berechnet in diesem Falle

die Morbidität auf 92 %
die Mortalität auf 68 %;

bei hereditärer Lues durch rein mütterliche Übertragung beträgt

die Morbidität 84 %
die Mortalität 60 %;

bei rein väterlicher Syphilis verringert sich

die Morbidität auf 37 %
die Mortalität auf 28 %.

Helene Krykus zählte im Hospital St. Louis 48 % Todesfälle, wenn der Vater allein infiziert war, dagegen 78 % Mortalität bei Lues beider Eltern; allerdings gelten diese Zahlen nur, wenn die Infektion der Eltern erst seit kurzer Zeit besteht; bei länger bestehender Lues beider Eltern klingt die Sterblichkeit der Kinder bis auf 40 % ab.

Es darf nicht unerwähnt bleiben, daß nach der gegenwärtigen Auffassung namhafter Syphilidologen — und zwar auf Grund der Ergebnisse der Wassermannschen Reaktion — fast jede Mutter, die ein kongenitalluetisches Kind zur Welt bringt, selbst als syphilitisch angesehen werden muß. Mütter hereditär-luetischer Kinder geben bis zu 100 % eine positive

Digitized by Google

Reaktion, auch wenn sie keine sonstigen Erscheinungen aufweisen. (Krefting.)

Franz Blumenthal hatte zwar bei 15 Müttern kongenital-luetischer Kinder nur 10mal eine positive Reaktion und 5mal eine negative. Er glaubt sich aber trotzdem zu der Schlußfolgerung berechtigt, daß sämtliche Mütter kongenital-syphilitischer Kinder syphilitisch sind. Der negative Ausfall in den 5 Fällen beruhe darauf, daß die Geburt des Kindes schon $1^1/_2$—3 Jahre zurückläge.

Einfluß der antisyphilitischen Behandlung der Eltern auf die Prognose.

Bei Frauen, deren Syphilis nicht behandelt worden ist, kann die Sterblichkeit der Nachkommenschaft 95 % erreichen; sie sinkt aber sofort sehr bedeutend, sogar bis auf 10 %, wenn die mütterliche Lues ernst behandelt wird (Etienne). Auch die von anderen Autoren angestellten Ermittlungen ergaben deutlich den günstigen Einfluß einer sorgfältigen antisyphilitischen Behandlung auf die Prognose des Kindes. Der Prozentsatz der Mortalität betrug:

Autor	Mutter nicht behandelt	Mutter behandelt
Fournier	100	76
Fonberg.	31,9	14,8
Loewy	76,4	23,4
Mewis	50 % Morbidität	40 % Morbidität
Mewis	52 % Frühgeburten	41 % Frühgeburten

Einfluß der sozialen Verhältnisse und der Ernährung auf die Prognose.

Für Hochsinger bedeutet die Erhaltung des Lebens eines hereditär-syphilitischen Kindes ein soziales Problem: da spielen die Gunst bzw. die Ungunst der Lebensverhältnisse, die Art der Ernährung des Kindes, die Möglichkeit, das Kind ausgiebig behandeln zu lassen, eine gewichtige Rolle. Mit dieser Auffassung stimmen auch die Erfahrungen anderer Autoren überein. Heine ermittelte für legitime, d. h. meist sorgfältig gepflegte Kinder eine Mortalität von 43,2 %, für illegitime dagegen eine solche von 54 %.

Kassowitz machte für die hohe Sterblichkeit der Kinder mit angeborener Syphilis, wie sie früher in der Wiener Findelanstalt beobachtet wurde, in erster Linie die ungünstigen hygienischen Bedingungen verantwortlich. Es starben während der Jahre 1854 bis 1868 von 400 hereditär-syphilitischen Kindern daselbst 337 = 84 %; von Kindern, die in günstigeren Verhältnissen aufwuchsen, blieb ein wesentlich größerer

Digitized by Google

Teil am Leben: in seinem Ambulatorium verlor Kassowitz von 133 derartigen Kindern nur 21, d. s. 15,8%.

Dementsprechend berechnete Fournier für seine Privatpraxis eine Mortalität von 42%, im Krankenhause (Lourcine) betrug dieselbe dagegen 86%. Auch Heubner findet „die Resultate der Krankenhausbehandlung bezüglich der Säuglingssyphilis geradezu trostlos". Dieses Urteil ist erklärlich, wenn man berücksichtigt, daß erfahrungsgemäß in das Krankenhaus die schwerst erkrankten Kinder gebracht zu werden pflegen. Auch hat Heubner wohl mehr die ungesunden Zustände in den alten Krankenhäusern im Auge gehabt; denn die Überführung eines hereditär-luetischen Kindes in ein modernes Krankenhaus bedeutet meist eine Verbesserung für das Kind auch in hygienischer Beziehung.

Was das Krankenhaus aber dem syphilitischen Kinde nicht zu bieten vermag, ist die natürliche Ernährung mit Frauenmilch. In diesem Mangel sieht Heubner weiter ein sehr ungünstiges Moment für die Prognose. Er ruft Widerhofer zum Zeugen an, der von hereditär-luetischen Kindern, die nicht an die Brust gelegt werden konnten, wohl 99% zugrunde gehen sah. Nur in den Fällen, in welchen eine ganz besonders große Sorgfalt auf die Ernährung gelegt werden kann, da hat nach Heubners Ansicht auch das Flaschenkind einigermaßen Chance, am Leben zu bleiben, doch bleibt auch in solchen Fällen die Prognose in hohem Maße zweifelhaft. Auch Henoch betont die Ungunst der Prognose für schlecht genährte und künstlich ernährte Kinder. Die Mortalität betrug:

Autor	Flaschenkinder	Brustkinder
Foerster	72	15
Heine	54	38,7
Hochsinger	37,8	26,7

Im Berliner Pflegeheime, in welchem die künstliche Ernährung der Kinder peinlich sauber unter ärztlicher Kontrolle geleitet wird, besteht ein solcher Unterschied in der Prognose für Flaschen- und Brustkinder nicht. Wie Rosenthal berichtet, ist es gelungen, die gleich günstigen Ernährungsresultate bei Flaschenkindern zu erzielen, wie bei den natürlich ernährten. Wir sehen also, daß es durch geeignete Maßnahmen gelingt, die üble Bedeutung der Syphilis für die Prognose zu vermindern. Einzelne neuere Autoren wollen überhaupt nicht zugeben, daß der kongenitalen Lues als solcher ein bemerkenswerter Einfluß auf die Prognose zukommt. Freund behauptet, daß er bei den in seiner Beobachtung stehenden Kindern nicht einen einzigen Fall gefunden habe, bei dem der Krankheitsverlauf in entschiedener Weise dadurch beeinflußt wäre, daß es sich um kongenitale Lues handelte.

Digitized by Google

Zahlenverhältnis der syphilitischen Kinder zu der in ärztliche Behandlung kommenden Kinder und zur Gesamtzahl der Bevölkerung.

Anzahl der ärztl. behand. Kinder	Autor	Ort der Beobachtung	Zahl der hereditär-syphilit.	Prozent-zahl
49 775	Monti, während 15 Jahre	Wien	316	0,68
36 518	Cassel	Berlin	207	1,18
69 226	H. Neumann, 1890—1904 inkl.	Berlin	632	0,9
4 500	Henoch, 5. X. 1860—1. V. 1867	Charité Berlin	17	0,38
28 000	Henoch, 1872—1. VII. 82	Charité Berlin	254	0,9
2 665	Heubner, 1898/99	Charité Berlin	13	0,49
15 831	Baginsky, 1901—1903	Kaiser u. Kaiserin-Friedrich-Krankenhaus u. Poliklinik Berlin	103	0,66
11 340	Szalárdi, während 3 Jahre	Weißes Kreuz-Findelhaus Budapest	178	1,56
3 360	Jul. Wisniewski, 1889—1902	Ev. Hospital Poliklinik Warschau	33	1,00
31 865	Rich. Pott, 1876—1897	Poliklinik Halle	354	1,1
253 080			2107	

Unter 253 080 Kindern, welche in ärztliche Behandlung kamen, befanden sich 2107 mit kongenitaler Lues, das sind 0,83 %.

G. de Saxe hat unter 2500 Schulkindern New Yorks, die im Alter von 6 bis 16 Jahren standen, 12 hereditärsyphilitische gefunden = 0,48 %. Er meint aber, daß man mit Hilfe der Serumreaktion zu viel umfangreicheren Zahlen kommen würde.

Zeit des Ausbruchs der Krankheit und Bedeutung des Beginns für die Prognose.

Kassowitz fand bei 124 von ihm beobachteten Fällen, daß der Ausbruch der Krankheit spätestens im III. Monat erfolge.

Rosen sah bei 344 Kindern

154 mal die ersten Erscheinungen im I. Monat
111 „ „ „ „ „ II. „
42 „ „ „ „ „ III. „
33 „ nach dieser Zeit.

Faßt man die Statistiken von Diday und Roger zusammen, so finden wir den Beginn in 172 Fällen wie folgt:

Digitized by Google

im	I.	Monat	92 mal
„	III.	„	67 „
„	IV.	„	7 „
„	V.	„	1 „
„	VI.	„	1 „
nach dem	VI.	„	4 „
			172

Also in der überwiegenden Mehrheit der Fälle bricht die Krankheit innerhalb der drei ersten Lebensmonate aus.

Kassowitz wies nach, daß die Gefahr für das Kind immer geringer wird, je weiter weg von der Geburt der Ausbruch der sichtbaren Symptome der Syphilis fällt.

Ebenso will Henri Roger in bezug auf die Prognose unterschieden wissen „zwischen Subjekten, welche gleich mit der Geburt Zeichen der Syphilis aufweisen und zwischen solchen, welche anscheinend gesund geboren werden, aber einige Wochen nach der Geburt deutliche Manifestationen der Syphilis aufweisen. Die ersteren sind einem sicheren Tode verfallen, die letzteren genesen fast sicher in einer verhältnismäßig kurzen Zeit bei schnell eingeleiteter Hg-Behandlung.

Prognose der Säuglingssyphilis (Syphilis praecox).

Auf alle die verschiedenartigen Eruptionen und Lokalisationen der Erstausbrüche der kongenitalen Syphilis soll hier nicht weiter eingegangen werden, weil ihnen vielfach keine Bedeutung für die Lebensaussichten der davon betroffenen Kinder zukommt. Diejenigen Affektionen aber, welche die Prognose mehr oder minder beeinflussen, seien hier kurz angeführt in einer Zusammenstellung, die Hochsinger auf Grund seiner reichen Beobachtungen gegeben hat.

Viszerale Frühaffektionen und Früherkrankungen des Zentralnervensystems geben eine schlechte Prognose. In 32 % der Fälle endete Lebersyphilis tödlich. Unter 35 Fällen von syphilitischem Hydrozephalus

trat 16 mal Heilung ein,
trat 5 mal Besserung ein,
3 mal blieb dauernde Idiotie bestehen,
8 Kinder starben,

in 5 Fällen war florider Hydrozephalus die direkte Todesursache, 3 mal erfolgte der Tod an interkurrenter Krankheit.

Die Parrotsche Lähmung führte etwa in 75 % der Fälle zur Heilung.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Februar 1912.

Lichenoides Tuberkulid vom Typus des Lichen-Wilson, von P. L. Bosselini. Eine Frau mit rechtsseitiger Spitzenaffektion leidet seit 5—6 Jahren an einer nicht juckenden Dermatose, die im Frühjahre auftritt und im Sommer spurlos verschwindet. Diese hat ihren Sitz auf dem Handrücken und dem unteren Drittel der Unterarme und besteht aus hirsekorn- bis kleinlinsengroßen, roten oder bläulichroten, halbkugeligen, glatten, glänzenden, trockenen, manchmal neutral gestellten Knötchen. Sie stehen einzeln oder in Gruppen, wo sie dann eine polygonale Kontur haben. Sie treten langsam in Schüben auf und verschwinden nach einigen Wochen, ohne eine Spur zu hinterlassen. Histologisch findet man im Papillarkörper eine scharf begrenzte Erhebung, die aus Bindegewebszellen besteht, denen sich in den peripheren Anteilen lymphoide Zellen mit großen runden Kernen hinzugesellen. Ferner einige polynukleäre, Mastzellen, Epitheloid- und Riesenzellen. Die kollagenen Fasern sind ödematös und bilden stellenweise Hohlräume. Die Gefäßwände sind verdickt. Die Epidermis ist im Zentrum des Knötchens verdickt, in den Retezapfen sind die Interspinalzellen durch Ödem erweitert, die Malpighische Schicht ist auf wenige Zellreihen reduziert, denen sich sofort eine parakeratotische Hornschicht auflagert. Gegen die Peripherie zu wird die Epidermis normal. Im Infiltrate der Kutis wurden spärliche aber deutliche Tuberkelbazillen gefunden. Die Impfung eines Meerschweinchens war erfolglos. Der Verfasser betrachtet die Affektion als lichenoides Tuberkulid, da die Einzeleffloreszenzen in morphologischer Hinsicht wie auch histologisch (Ödem in Rete und im Papillarkörper, Lakunen im Bindegewebe) dem Lichen planus nahestehen. Der Befund von Tuberkelbazillen spricht zugunsten der bazillären Ätiologie der Tuberkulide.

Flächenhaftes Lymphepitheliom bei Brustdrüsenkrebs, von A. Fage und R. le Blaye. Die 39jährige Patientin bemerkt seit einem Jahre eine zunehmende Verhärtung der Brustdrüsen und das Auftreten von roten Flecken am Stamme. Die Brüste sind etwa dreifach vergrößert, bretthart, die Mammilla eingezogen, die Haut darüber stellenweise längs der Lymphbahnen gerötet, zwischen ihnen ist die Haut verdickt, unverschieblich. Auf der Haut des Thorax nach oben bis zur Zervikalregion in die Achselhöhlen, auf dem Rücken, nach unten bis zur Genitalregion, befanden sich zahlreiche rote, ziemlich scharf umgrenzte Flecke und Streifen. Die Haut ist dort verdickt, stellenweise fühlt man auch etwa linsengroße Knoten. Geringe Drüsenschwellung. Histologisch findet man karzinomatöse Thrombosen in den Lymphbahnen sowie verstreute oder in Zügen angeordnete Karzinomzellen; ferner ein Infiltrat um die Gefäße.

Die Verfasser bringen ferner noch eine Beobachtung von Thibierge, bei der in den roten Flecken Lymphangiektasien zu sehen waren. Sie stellen das flächenhafte Lymphepitheliom als eigene Form neben dem „cancer en cuirasse" auf, eine Form, die durch einen protrahierten Verlauf, spätes Befallenwerden der Drüsen charakterisiert ist. Der beschriebene Fall, bei dem das Neoplasma sich auch außerhalb der Lymphgefäße findet, bildet eine Übergangsform zwischen den beiden genannten.

Durch den Löfflerschen Bazillus verursachte Pyodermitiden, von A. v. Verbizier. Ein 7jähriges Mädchen erkrankte unter Fieber an Ikterus, sowie eitrigem Ausfluß aus Nase und Vulva, in dem Gonokokken gefunden wurden. Später traten Aknéknötchen ad nates und ein Furunkel am rechten Vorderarm auf. Die eingeleitete Therapie hatte keinerlei Effekt, und der Furunkel vergrößerte sich. Da ergab eine neuerliche

Digitized by Google

bakteriologische Untersuchung die Unrichtigkeit des ersten Befundes: es fanden sich im Nasen- und Vulvasekret, sowie in Teilen des Furunkels typische Diphtheriebazillen. Durch Serum Heilung der Erscheinungen bis auf den Genitalfluß. Der Verfasser weist darauf hin, daß in diesem Falle die Hautdiphtherie nicht unter den Erscheinungen, wie sie sonst beschrieben sind, aufgetreten ist. Daß sie unter dem Bilde eines gewöhnlichen Furunkels erscheinen kann, ist in prophylaktischer Hinsicht sehr wichtig. Kurze Besprechung der Literatur.

Beitrag zum Studium der latenten Syphilis. Psoriasis guttata durch spezifische Behandlung geheilt, von Pied. Ein Patient hatte auf den Armen eine typische Psoriasis guttata, die jeder Behandlung trotzte. Diese Resistenz sowie eine Leukoplakie der Zunge und Wangen brachten den Verfasser auf die Annahme einer latenten Syphilis. Er leitete eine spezifische Kur ein, und nach 14 Injektionen waren alle Erscheinungen bis auf einige Pigmentierungen verheilt. Der Mann starb sieben Jahre später an einer Gehirnblutung. Die merkwürdige Wirksamkeit der spezifischen Behandlung schiebt Pied auf das durch die Syphilis veränderte Terrain, auf dem eine gewöhnliche Psoriasis entstanden war. Richard Frühwald-Leipzig.

Journal d'urologie médicale et chirurgicale.

Band 1, 1912, Nr. 2.

J. Albarran, 1860—1912. Lebenslauf des eben verstorbenen Urologen.

Die Perikarditis bei Morbus Brightii. Ihre Beziehungen zur Azotämie, von Fernand Widal und André Weill. Die wahre Brightsche Perikarditis ist eine Läsion mit proliferierender Tendenz, mit auf beiden Serosablättern aufsitzenden Pseudomembranen. Sie führt gewöhnlich nach häufiger Latenz in kurzer Zeit zum Tode. Die Verfasser konnten 11 derartige Fälle beobachten. Immer war eine starke Stickstoffretention im Blute nachweisbar. In 4 von diesen 11 Fällen erwies sich die perikarditische Flüssigkeit als vollkommen steril. Infolgedessen sehen die Verfasser diese Perikarditis immer als eine Begleiterscheinung der Stickstoffretention im Blute an.

Bemerkung zu einer großen Zyste der Nebenniere, von P. Bourcy u. F. Leguey. Genaue pathologisch-anatomische Beschreibung einer großen Nebennierenzyste, deren Diagnostizierung und operative Entfernung unmöglich war.

Betrachtungen über die Pathologie und Chirurgie der Hufeisenniere, von Georges Botez. Eine ausführliche literarische Studie. Der Artikel wird fortgesetzt.

Pathologisch-anatomische Untersuchung der vollständigen Blasenexstrophie, von André Hovelacque-Paris (Fortsetzung und Schluß.) In diesem Artikel werden die Verhältnisse des Beckens und seiner Gelenke und Bänder, sowie diejenigen des Perinemus bei der vollständigen Blasenektopie geschildert.

Ein Fall von doppelter Harnröhre beim Manne, von G. Marion. Es fand sich bei einem 20jährigen Manne eine akzessorische Harnröhre, die an der Glans neben der wahren Harnröhrenöffnung begann und in parallelem Verlauf zur Harnröhre in der Pars bulbosa in diese einmündete.

Bildung einer neuen Blase und einer neuen Urethra, von Heitz-Boyer und A. Hovelacque. Genaue Beschreibung der operativen Technik, die im Original nachgelesen werden muß. A. Gunsett-Straßburg.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Bd. 22, 1911, November und Dezember.

1. Zur Kasuistik des hämorrhagischen Akroangioms, von Mordwinow. (Cf. Monatsh. f. prakt. Derm., 1910, Bd. 51, S. 464.)

Digitized by Google

2. Zur Behandlung der Lepra (Ol. gynocardiae, Nastin), von Krikliwy. Die an 115 Leprakranken mit Ol. gynocardiae angestellten Versuche ergaben ein entschieden tröstliches Resultat, da es in der Tat eine spezifische Wirkung der Lepra gegenüber entfaltet. Und wenn auch bisher durch dieses Mittel keine Heilung, sondern eine mehr oder weniger bedeutende Besserung erzielt wurde, so verdient auch das schon hervorgehoben zu werden. Die Erreichung einer Heilung der Lepra wird in bedeutendem Grade durch die Eigenschaft des Öles selbst verhindert, welches bei internem Gebrauch in der notwendigen täglichen Dosis von 150—300 Tropfen sehr bald zu Dyspepsie und einem unüberwindlichen Widerwillen der Kranken dem Mittel gegenüber führt. Die rektale Anwendung ist auch nicht ideal, und bei subkutaner oder intravenöser Anwendung kommt es, trotz aller Vorsichtsmaßregeln, zur Bildung sehr schmerzhafter, harter Infiltrate.

Das Nastin dagegen offenbarte unter 20 Fällen, wo es versucht wurde, in 13 keine, und nur in einigen wenigen Fällen eine spezifische Wirkung der Lepra gegenüber. Besonders gutartig wirkte es aber in Kombination mit dem Ol. gynocardiae.

3. Über Sklerogummi, welche eine Reinfektion vortäuschen können, von Oksenow. Besprechung dreier beobachteter Fälle, wo Jahre und Jahrzehnte nach der syphilitischen Infektion auf dem Gliede erosive Schanker auftraten, die von vergrößerten Inguinaldrüsen gefolgt waren und harte Schanker vortäuschten, die sich aber als gummöse Ulzera mit Pseudoinduration entpuppten, da sekundäre Erscheinungen ausblieben. Unter spezifischer Behandlung schwanden die Sklerogummi.

4. Über eine rationelle Methode der intramuskulären Einführung scharfer Mittel, speziell des Salvarsans, von Halpern. Halpern spritzt eine neutrale Salvarsanemulsion von nur $1^1/_2$ ccm Volumen schnell und ohne Anwendung von Massage nach der Injektion in die Glutäen, mit möglichster Vermeidung der Gefäße und Nerven ein und will keine späteren, unangenehmen Infiltrate resp. Nekrosen beobachtet haben. Er braucht nur so wenig Aq. dest. zur Herstellung der Emulsion, weil er das Wasser tropfenweise zuführt und fleißig verrührt. Ebenso ist er auch mit dem Zusatz von Ätznatron (15%) sehr sparsam und wendet davon nur so viel an, wieviel zu einer neutralen Emulsion gerade nötig ist.

5. Ein Fall von Paraphimose von Hamrat-Kurek. Beobachtung einer, anscheinend auf Masturbation zurückgeführten Paraphimose bei einem 4jährigen Knaben.

Arthur Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Über eigenartige Erythemtypen und Dermatitiden des frühen Säuglingsalters, von Karl Leiner. (Leipzig und Wien, 1912, Franz Deuticke.) In einer zu eingehendem Studium zu empfehlenden Monographie bespricht Verf. in ausführlicher Weise einige Typen aus der großen Reihe der Säuglingsdermatosen, die hier ganz kurz skizziert werden mögen.

Das Erythema neonatorum toxicum ist eine spezielle Erkrankung der Neugeborenen. Zwei Typen sind zu unterscheiden. Der erste Typus entspricht einem einfachen, über den ganzen Körper ausgebreiteten Erythem; beim zweiten Typus entwickeln sich außerdem noch papulöse, ziemlich derbe Effloreszenzen nicht selten an der Rückseite des Körpers, besonders an der Glutäalgegend. Störungen der Darmfunktion unter dem Bilde der Dyspepsie sind immer vorhanden. Das Erythem hält selten über 48 Stunden an.

Digitized by Google

Nicht selten beobachtet man bei dem Erythema neonatorum toxicum eine Veränderung in der Umgebung der Gesäßgegend, bekannt als besondere, allerdings der Intertrigo sehr nahestehende, Säuglingsdermatose, das „Glutäalerythem", im wesentlichen im Auftreten von Bläschen und Erosionen auf geröteter Haut bestehend. Parrot unterschied zwei Formen, das Érythème vesiculeux und das Érythème papuleux, das er als Symptom einer bestehenden hereditären Lues auffaßte, eine Ansicht, die sich nicht aufrechterhalten ließ. Als eine andere Form des Glutäalerythems wird das Erythema vacciniforme beschrieben, das von den Franzosen zu den durch Mikroorganismen hervorgerufenen Hautentzündungen (Pyodermites) gerechnet wird, während sonst die Mehrzahl der Verfasser in dieser Dermatose keine mikrobielle Erkrankung sieht, sondern sie auf mechanische und chemische Reize durch den Kontakt mit Stuhl und Urin zurückführt. Nach Verf. muß noch schlechte Hautpflege zu diesem Moment hinzutreten. Die Glutäalerytheme finden sich infolgedessen fast ausschließlich in jenen Kreisen, in denen aus Mangel an Zeit, Mangel an Verständnis, aus materiellen Gründen die Pflege des Kindes vernachlässigt wird.

Vom glutäalen Erythem, dem es früher zugezählt wurde, ist zu trennen das Erythema mycoticum infantile, eine mit intensiver Schuppung einhergehende Dermatitis, der ersten Lebenswoche des Säuglings. In den durch Kalilauge mazerierten Schuppen lassen sich Pilzfäden und Sporen erkennen, die als ätiologisches Moment betrachtet werden müssen. Nach Beck hat der Pilz große Ähnlichkeit mit dem gewöhnlichen Soorpilz, dem Oidium albicans der Säuglinge.

Ein weiteres Krankheitsbild, das vom Erythema glutaeale abgetrennt wurde, ist das sogenannte Érythème séborrhéique, im wesentlichen eine Kombination von Erythema glutaeale mit Seborrhöe des Kopfes.

Die Erythrodermia desquamativa stellt eine universelle Dermatose vor mit diffuser Rötung und Auflockerung der Epidermis, mit Schuppen- und Krustenbildung. Die davon befallenen Säuglinge leiden durchweg an dyspeptischen, ziemlich heftigen Störungen.

Schließlich teilt Verf. noch einen von ihm beobachteten Fall von Pyocyaneus-Dermatitis mit, der ausnahmsweise in Heilung überging. Der Bacillus pyocyaneus konnte auf der ganzen Körperoberfläche nachgewiesen werden; in einem eröffneten Abszeß war er in Reinkultur vorhanden.

Nach Verf. sind unsere Kenntnisse über die Säuglingsdermatosen noch lange nicht erschöpft; eine Fülle von neuen Tatsachen ist noch zu erwarten.

Fendt-Wiesbaden.

La sifilide. Il „606" di Ehrlich-Hata. (Die Syphilis. Das Salvarsan.) Notizen für Laien von Karl Rühl. (Torino 1911, Società tipografico-editrice nazionale.) Das für Laien geschriebene Werkchen gibt in klarer und verständlicher Sprache Aufklärung über das Wesen und die Behandlung der Syphilis. Dem Kranken ergänzt es in willkommener Weise die Konsultation des Arztes, dem Gesunden bringt es eine belehrende Lektüre über das immer mehr aktuell werdende Thema. Das Erscheinen derartiger in ernster Weise dem Laien aufklärender Schriften ist nur zu begrüßen, da nur auf diese Weise der Syphilis das immer noch auf ihr lastende Odium genommen wird. Es gereicht dem Werkchen zu besonderer Ehre, daß kein Geringerer als Bertarelli die Einleitung dazu geschrieben hat.

A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Dosierung und Kontraindikationen des Hektins; Vorsichtsmaßregeln zur Konservierung der Ampullen und Lösungen, von F. Balzer. (Presse méd., 1911, Nr. 102.) Der Verfasser empfiehlt beim Erwachsenen eine tägliche Injektion von 0,1 Hektin oder von 0,2 alle 2 Tage, im ganzen 2—3 g zu einer Kur. Hält man diese Dosen ein, so können keine Schädigungen entstehen, wenn man sich vorher von der Integrität der Retina, des Optikus und Akustikus überzeugt hat. Hektinlösungen und Ampullen sollen immer im Dunkeln aufbewahrt werden, da sie bereits durch mehrstündiges Liegen an der Sonne zersetzt werden können. Gunsett-Straßburg.

Seh- und Hörstörungen nach Gebrauch von Hektin, von Gilbert Ballet und C. Hischmann. (Presse méd., 1911, Nr. 75.) Ein 72jähriger Patient leidet seit seinem 25. Jahre an Syphilis. Seit 1898 erschien eine Okulomotoriuslähmung mit Rombergschem und Argyll Robertsonschem Symptom, weshalb er periodisch Hydrargyr. benzoic.-Injektionen bekam. 1910 erhielt er 10 subkutane Hektininjektionen zuerst zu 0,1, später zu 0,2. Seine Sehkraft war vorher schon geschwächt, war aber immerhin noch $^1/_2$ der normalen, am Ohr bestand eine skleröse Otitis mit verminderter Hörfähigkeit. Während dieser Behandlung verschlechterte sich das Seh- und Hörvermögen außerordentlich, die Störung ging aber bald nach Aufhören der Therapie wieder zurück. 1911 bekam der Patient nochmals je 0,2 Hektin. Schon nach der 3. Injektion wurde er vollkommen blind und taub, das Gesichtsfeld war auf einen zentralen Punkt reduziert. Doch war weder Neuritis optica noch eine Gefäßalteration ophthalmoskopisch nachweisbar. 3 Wochen nach Aussetzen der Therapie war die Taubheit wieder zurückgegangen, hingegen blieb die beinahe vollkommene Blindheit bestehen.

Ein zweiter Tabiker wurde ebenfalls während einer Hektinkur von je 0,2 plötzlich von Blindheit befallen. Leider konnte derselbe nicht weiter beobachtet werden.

Gunsett-Straßburg.

Die Schädlichkeit des Hektins für den Nervus acusticus, von Duhot. (Ann. de la policlin. centr., 1911, Nr. 9.) D. erinnert an 3 Fälle von Taubheit nach Hektin, die er schon im Monat August 1910 publiziert hatte. Gunsett-Straßburg.

Über Jodausscheidungen bei gesunden Menschen, von Herzfeld und Haupt-Zürich. (Med. Klinik, 1911, Nr. 37.) Es wurden beim Gesunden die zeitlichen und quantitativen Ausscheidungsverhältnisse einer anorganischen (Jodkalium) und einer organischen (Jodostarin) Jodverbindung nach der Methode von Winterstein und Herzfeld untersucht. Die Ausscheidungszahlen schwanken vielfach zwischen 3,44—95,64 %, woraus auf ein verschiedenartiges Verhalten der Versuchspersonen geschlossen wird. Auffallend ist, daß von Jodostarin weniger (0,32—79,85 % Jod) ausgeschieden wird als vom Jodkalium (0,52—89,14 %); bei Jodostarindarreichung wurde kein Jod in den Fäzes gefunden. Die Verfasser schließen hieraus, daß das organisch gebundene Jod in geeigneterer Form dem Organismus zur Verfügung steht als das anorganisch gebundene.

Arthur Schucht-Danzig.

Methode zu therapeutischer Anwendung von Jod in statu nascendi in den Geweben, von Axel Reyn-Kopenhagen. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 42.) Die Pfannenstielsche Methode der Behandlung von Schleimhauttuberkulose durch Jod in statu nascendi (JNa innerlich, H_2O_2 äußerlich angewandt), mit welcher auch im Kopenhagener Finseninstitute gute Erfolge erzielt wurden, regte den Verfasser dazu an, Jod

Digitized by Google

in statu nascendi als Heilfaktor beim Lupus der äußeren Haut zu erproben. Er benutzte hierzu die Elektrolyse, da am positiven Pol Jod frei wird, wenn ein elektrischer Strom Jodnatriumlösung passiert. Beim Kaninchenversuche ergab sich, daß das Serum Stoffe enthält, welche die Freimachung von Jod hierbei hemmen, aber im Menschenserum tritt diese Wirkung in geringerem Maße ein.

Verf. weist nach, daß es möglich ist, auf elektrolytischem Wege Jod in statu nascendi im Organismus nach Eingabe von Jodnatrium per os zu erzeugen. Die Dosis hat bei einem erwachsenen Menschen wenigstens in 3 g in einer oder zwei kurzaufeinanderfolgenden Dosen zu bestehen. Das Optimum für die Wirkung der Elektrolyse liegt zwischen 1 und 2 Stunden nach Verabfolgung des JNa, die bei leerem Magen zu geschehen hat. Der positive Pol ist der aktive, die Stromstärke soll wenigstens 2 Milliamperes und 65 Volt sein. Die klinischen Erfolge sind bisher sehr ermutigend.

Arthur Schucht-Danzig.

Zwei Fälle von Jodfieber, von A. Konried-Edlach. (Med. Klinik, 1911, Nr. 26.) Ein älterer Patient bekam sowohl nach Jodglidin wie nach Sajodin rasch, nach wenigen Stunden einsetzendes Fieber, das sich bei fortgesetzter Darreichung eine Zeitlang auf geringer Höhe hielt und erst nach 24 Stunden deutlicher in Erscheinung trat, um nach 36 Stunden den Höhepunkt (38,1!) zu erreichen. Dadurch wird der Eindruck einer kumulierenden Wirkung hervorgerufen.

Ein zweiter Fall von Jodfieber verlief unter dem Bild einer akuten zirkumskripten Thyreoiditis. Arthur Schucht-Danzig.)

Mitteilung zu dem Aufsatze: „Zwei Fälle von Jodfieber", von Solmsen-Danzig. (Med. Klinik, 1911, Nr. 37.) Verf. beobachtete bei sich selbst nach einer Blinddarmoperation 28 Tage lang ständige abendliche Temperaturerhöhungen zwischen 37,6 und 38,2°. Er deutet diese per exclusionem als Jodfieber infolge von Resorption des Jods aus den Katgutfäden, worauf auch die schmerzlose Röte im Narbengebiet hindeutete. Allerdings sind Versuche über Jodausscheidung nicht vorgenommen.

Arthur Schucht-Danzig.

Über Jodozithin, von P. Müller. (Centralbl. f. d. ges. Ther., 1911, Heft 8.) Es handelt sich um ein Jodlezithin-Eiweißpräparat in Tablettenform. Jede Tablette enthält im Durchschnitt 0,06 g Jod. Die Ausscheidung des Jods hielt länger an als beim Jodkalium. Außerdem hat das Präparat die günstige Wirkung des Lezithins auf den Organismus und wurde von allen Versuchspersonen gut vertragen. Haas-Hamburg.

Erfahrungen mit Jodival, von Bayer-Saarbrücken. (Ther. d. Gegenw., 1911, Nr. 7.) Verf. räumt unter den Jodpräparaten dem Jodival die erste Stelle ein. Seine Erfahrungen sprechen für eine besonders gute Wirkung bei Gehirnerkrankungen.

Arthur Schucht-Danzig.

Meine Erfahrungen mit Jodival in der dermatologischen Praxis, von Pohlmann-Frankfurt a. M. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 43.) Wegen seiner lipotropen und neurotropen Eigenschaften und weil es keine unangenehmen Nebenerscheinungen hervorruft, wird das Präparat vom Verf. neben Salvarsan und Quecksilber zur Syphilistherapie warm empfohlen. Arthur Schucht-Danzig.

Jodostarin, ein neues organisches Jodpräparat, von C. Bachem-Bonn. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 41.) Das von der Firma Hoffmann la Roche & Co. unter dem Namen Jodostarin in den Handel gebrachte Präparat hat Verf. an Kaninchen und an sich selbst geprüft und gefunden, daß dasselbe seines hohen Jodgehaltes (47,5%) und seiner Ungiftigkeit wegen eine warme Empfehlung verdient. Der chemischen Zusammensetzung nach wird das Mittel als Taririnsäuredijodid bezeichnet; es ist ein weißes, in

Digitized by Google

Wasser unlösliches, geschmackloses Pulver, das den Magen unzersetzt zu passieren und erst im Darm gelöst zu werden scheint. Im Harn und im Speichel war aber schon $^1/_2$ Stunde nach dem Einnehmen Jod nachweisbar. Andererseits war die Anwesenheit von Jod noch am dritten Tage nach der Aufnahme des Jodostarins in diesen Sekreten zu erkennen. Für Kaninchen wurde erst mit 5 g pro Kilo die tödliche Dosis erreicht. Therapeutisch werden Tabletten zu 0,25 verwendet, von denen man in der Regel nur ein- oder zweimal täglich eine zu geben nötig haben wird.

Philippi-Bad Salzschlirf.

„Innerliche Reinigung" in der Dermatologie, von G. C. (Bull. méd., 1911, S. 930.) Empfehlung von Nisameline. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Wirkung des Schwefels auf die Haut, von L. Golodetz-Hamburg. (Med. Klinik, 1911, Nr. 28.) Von Unna wurde die Überzeugung ausgesprochen, daß der Schwefel auf der Haut ein H_2S-Erzeuger und jede stärkere Schwefelsalbe als ein H_2S-Reservoir zu betrachten sei. Er unterschied zwei Hauptwirkungen desselben: eine schwache, oberflächliche, die Hornhaut verstärkende und härtende, also keratoplastische, und eine starke, in die Tiefe gehende Wirkung, wobei H_2S in das Gebiet der Stachelzellen gelangt, diese lösend und die Hornschicht verdünnend: keratolytische Wirkung.

Verf. wendet sich gegen die Anschauung Brissons, welcher im Gegensatz zu Unnas Anschauung von der Reduktion des Schwefels auf der Haut zu H_2S eine Oxydation zu H_2SO_4 annimmt. Er geht von den Hefterschen Versuchen aus, wonach als Träger der Reduktionswirkung vieler Eiweißstoffe das im Komplex des Eiweißmoleküls vorhandene Zystein erscheint, und weist nach, daß der Schwefel in Berührung mit den Hornzellen durch seine Einwirkung auf Zystein, welches dabei in Zystin übergeht, Schwefelwasserstoff bildet. Arthur Schucht-Danzig.

Über die Behandlung des Epithelioms, des Lupus usw. mit Thoriumpaste, von L. D. Bulkley-New York. (Med. Record, 22. April 1911.) Die Zusammensetzung der sog. „Thoriumpaste" wird nicht genau angegeben; es handelt sich um eine halbflüssige Mischung von Thorium, Schwefelblei, Schwefelsäure, wenig Salzsäure usw. Diese Masse wird auf die erkrankte Stelle aufgepinselt, worauf eine mäßige Zerstörung der erkrankten Gewebe eintritt, die sich durch jeweilige Verdünnung der Masse modifizieren läßt. Nach einigen Tagen bildet sich eine dünne Kruste, die von selbst abfällt, worauf die Applikation wiederholt werden kann. Verf. berichtet über 12 Fälle, in denen er gute Resultate gehabt hat. W. Lehmann-Stettin.

Über die hämolytische Wirkung des Sublimats, von Sh. Dohi-Tokio. (Ztschr. f. exp. Pathol., Bd. 6, 1909.) Die Resultate Dohis stimmen im wesentlichen mit denen von Detre und Sellei überein, allerdings konnte eine sublimatbindende Fähigkeit des Lezithins im Sinne dieser Verfasser nicht nachgewiesen werden. Die lösende Zone des Sublimats liegt zwischen den Verdünnungen 1 : 10 000—1 : 1 000 000. Syphilitiker und Gesunde zeigen keine Unterschiede in der Empfindlichkeit ihres Blutes gegen Sublimat. Das Serum schützt die Blutzellen gegen die hämolytische Wirkung des Sublimats, das sich zuerst mit dem Serum verbindet. Noch stärker (30mal) schützt Blutzellenlösung gegen die Giftwirkung. Die Hauptrolle bei der Schutzwirkung spielen die Eiweißstoffe: Hämoglobin und Globulin und das zehnfach weniger schützende Albumin.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Wirkung der Wässer von Vichy bei den „dermatoses diathésiques" (Ekzem und Psoriasis), von Louis Nicolas. (Thèse de Paris, 1910, Nr. 339.)

Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Eine bisher unbeachtete Verwendung des Yohimbins, von Gustav Fritsch. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 27.) F. empfiehlt das Mittel zur Anwendung bei mangelhafter Innervation der Blasenmuskulatur und der Prostata.

Richard Frühwald-Leipzig.

Angioneurosen.

Kasuistik über Angioneurosen: 1. Akutes paroxystisches Ödem mit tödlichem Verlauf — auf hereditärer Basis. 2. Symmetrische Gangrän (mit anatomischer Untersuchung) von F. Harbitz-Christiania. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 48.) Der erste Fall betraf einen 20 Jahre alten Matrosen, der nach verschiedentlichen glücklich überstandenen Attacken von Anschwellung am Hals und Kopf mit Schlingbeschwerden plötzlich an Erstickung bei Anschwellung und Zyanose des Gesichts zugrunde ging. Die Obduktion ergab im wesentlichen nur ein starkes Ödem des Gesichts, der oberen Luftwege und der Lunge. Der Fall von Raynaudscher Krankheit betraf ein 20jähriges Fräulein. Nachdem verschiedentlich an den Händen die charakteristischen Erscheinungen konstatiert worden waren, trat der Fall ein, daß nach einer Schnittverletzung wegen der sich dann entwickelnden Gangrän der Daumen amputiert werden mußte. Es fand sich bei der im anatomischen Institut ausgeführten Untersuchung weder an den Nerven noch an den Gefäßen des amputierten Teils irgend eine Veränderung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Erzeugung von aktiver Hyperämie vermittels einer Wärmekompresse, von A. v. Borosini-München. (Ztschr. f. ärzt. Fortb., 1911, Nr. 9.) Eine gewöhnliche Wärmflasche aus Gummi oder Metall wird mit einem Netzwerk (Marktnetz) umgeben. Die Hyperämie der anliegenden Haut dauert über $^1/_2$ Stunde; Verbrennung tritt nicht ein, weil zwischen Wand und Haut eine Luftschicht und ein schlechter Wärmeleiter sich befinden.

Arthur Schucht-Danzig.

Dauernde intensive Rötung beider Handflächen, von Apert und Leblanc, (Bull. méd., 1911, S. 576.) Diese Erscheinung war bei einer Basedow-Kranken nach einer heftigen Neuritis zurückgeblieben.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein durch Chinin erzeugter skarlatiniformer Ausschlag, von D. O. Williams-Glandorey. (Brit. med. Journ., 17. Juni 1911.) An sich selbst hat Verf. eine intensive Schwellung und Rötung des Gesichts und einen hummerfarbenen Ausschlag am übrigen Körper bemerkt, als er zwei Dosen einer tonisierenden Mixtur von Chinin mit Eisen genommen hatte. Tags darauf war alles wieder verschwunden; sonstige Störungen waren nicht zu verzeichnen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen Fall von sogenanntem „Lupus pernio" mit besonderer Berücksichtigung seiner Beziehung zur Tuberkulose, von Wilhelm Hilgers. (Inaug.-Dissert., Straßburg, 1910.) Zusammenfassung: Ein Fall von typischem Lupus pernio, der anamnestisch, klinisch und histologisch als solcher diagnostiziert werden muß, wird mit allen verfügbaren Methoden auf Tuberkulose untersucht. Das Resultat ist negativ. Eine Beziehung des Lupus pernio zur Tuberkulose läßt sich nicht konstatieren. Ein infektiöses Agens, das intraperitoneal auf Meerschweinchen toxisch wirkt, erzeugt pernioartige Infiltrate an verschiedenen Körperstellen und ist als der Erreger des Lupus pernio zu betrachten. Die Natur des infektiösen Agens ist vorläufig unbekannt. Die Verbreitung geschieht auf hämatogenem Wege. Dafür spricht einmal das zeitlich nahebei räumlich weit auseinanderliegende Auftreten der Affektionen, zweitens die histologisch diagnostizierbare Alteration der Gefäßwandung. Der Infektionsstoff greift nur an Stellen

Digitized by Google

an, wo eine venöse Stauung einen Locus minoris resistentiae geschaffen hat; die so häufige Koinzidenz von Lupus pernio und Tuberkulose macht es wahrscheinlich, daß der tuberkulös erkrankte Organismus einen guten Boden für den Erreger des Lupus pernio abgibt.

Ist der Lupus pernio eine infektiöse und nicht tuberkulöse Hauterkrankung, so ist der Name „Lupus" irreführend und wäre nach Zielers Vorschlag am besten durch Erythema pernio zu ersetzen. Fritz Loeb-München.

Über das Wesen der Beziehungen zwischen den Erythemen und Gelenkaffektionen, von A. E. Garrod-London. (Lancet, 27. Mai 1911.) Daß die bei den Erythemen häufig als Komplikationen auftretenden Gelenkschmerzen immer als rheumatisch anzusehen seien, ist schon von anderer Seite bestritten worden, und G. schließt sich dieser Ansicht vollkommen an. Andererseits konstatiert er, daß man doch von Zeit zu Zeit Fälle von Erythema nodosum antrifft, bei denen die Hautläsionen als ein integrierender Bestandteil des typisch-rheumatischen Symptomenkomplexes sich präsentieren. Jedenfalls sind aber viele derartige Erytheme auf toxische Einwirkungen zurückzuführen, und das Versagen der Salizyltherapie bei etwaigen komplizierenden Gelenkaffektionen, welche auf die gleiche Ursache zurückzuführen wären, würde hierin seine genügende Erklärung finden. Ähnliche Probleme bietet die Verbindung von intermittierenden Hydrarthos mit zirkumskriptem Ödem oder mit Urtikaria, und auch das Serumfieber ist hiermit in Parallele zu stellen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Mit Pferdeserum geheilte Schwangerschaftstoxikose, von R. Freund. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 52.) Eine 21jährige Primipara erkrankte einen Tag vor dem Partus an einem als multiformes, toxisches Schwangerschaftsexanthem diagnostizierten Hautleiden. Als am sechsten Wochenbettage der Ausschlag sich immer mehr ausbreitete, wurden der Patientin 25 ccm frisches Pferdeserum in die linke V. mediana injiziert. Sie reagierte darauf mit Schüttelfrost und Fieber bis 39,5°; doch dauerte dieser Zustand nur einen halben Tag, während dessen der Juckreiz sich nahezu vollkommen verlor. Das Exanthem fing schon nach 24 Stunden an abzuheilen und war am siebenten Tage nach der Injektion vollständig geschwunden bis auf die am schwersten befallenen Stellen, wo noch eine blasse Rötung zurückblieb. Zwei Wochen nach der Injektion waren keine Spuren der Erkrankung mehr nachweisbar.

Gunsett-Straßburg.

Beiträge zur Klinik der Serumkrankheit der Haut und Schleimhaut, von F. Grossmann-Budapest. (Gyermekorvos, Beiblatt der Orv. Ujsag, 1911, Nr. 2.) Bei einem $3^1/_2$jährigen Knaben trat Diphtherie auf. Nach Dosierung des Immunserums trat am achten Tage hohes Fieber, urtikaartiges Exanthem auf der ganzen Haut, Ödema, Albuminurie auf. Spätere proktitische Symptome (Tenesmus, häufige schleimige Entleerungen) gehören zu den selteneren Erscheinungen. Die in dem Gelenke der rechten Hand aufgetretene Veränderung steht in ursächlichem Zusammenhange mit der Serumkrankheit. — Bei einem 2jährigen und bei einem $3^1/_2$jährigen Mädchen trat Diphtherie auf. Beide hatten Vulvovaginitis blennorrhoica mit positivem Gonokokkenbefund. Zwölf Tage nach der Dosierung des Serums traten in Begleitung von Mattigkeit und Niedergeschlagenheit Gelenks- und Gliederschmerzen auf. Ein Exanthem stellte sich nur in einem Falle ein. Einige Tage später entwickelte sich eitrige Gelenksentzündung. In beiden Fällen war ein blutiger chirurgischer Eingriff notwendig, und in dem dem Fußwurzelgelenke entnommenen Eiter konnten intrazellulare gramnegative Diplokokken nachgewiesen werden. Im Jahre 1910 wurden 72 Kinder an Vulvovaginitis behandelt. In keinem einzigen Gelenke konnten gonorrhoische Metastasen beobachtet werden. Es muß daher angenommen werden, daß die Serumbehandlung in den Gelenken solche Ver-

Digitized by Google

änderungen hervorgerufen hat, welche sie zur Entwicklung der blennorrhoischen Metastase geeignet gemacht haben. Bei einem 16 Monate alten Buben trat elf Tage nach der Dosierung des Diphtherie-Immunserums eine sich typisch entwickelnde Serumkrankheit auf. Bei diesem Kinde kann das Entstehen des subglottischen Ödems um so eher angenommen werden, weil auch andere Schleimhauterscheinungen und zwar Proktitis, Konjunktivitis auftraten. — Ein 5jähriges Mädchen mit stenotischer Croupdiphtherie bekam neun Tage nach der Aufnahme masernartiges Serumexanthem, in den Gelenken große Schmerzhaftigkeit, Gedunsenheit, so daß sich Patientin nicht rühren konnte. Aus der Vagina profuser schleimig-eitriger Ausfluß, der drei Tage später, nach dem Verschwinden der anderen Symptome, ohne jede Einmengung abheilte. Behandelte man eine solche Vulvitis, so entwickelten sich infolge der chemisch-mechanischen Reize Insulte und Irrigationen, eine langanhaltende chronische Vulvovaginitis. — Ein 3jähriger Knabe wurde wegen Laryngitis crouposa aufgenommen. Am achten Tage nach der Dosierung des Diphtherieserums trat masernartiges Exanthem auf, das 24 Stunden später spurlos verschwunden ist. Die Augenlider sind mäßig ödematös, im Urin sind Spuren von Eiweiß; mit Tenesmus einhergehende, sehr häufige schleimige Entleerungen. Im Anschlusse an die Serumkrankheit können schwere und bleibende Veränderungen auftreten, z. B. Ankylosen der Gelenke, mit vollständigem Ausbleiben der Gelenksfunktionen, so daß die Serumkrankheit zur Entwicklung anderer Krankheiten infektiöser Art (blennorrhoische Metastasen in den Gelenken) prädisponiert. Verfasser beobachtete eigentümliche Veränderungen auf den Schleimhäuten, wie subglottisches Ödem, Vulvovaginitis und polypöse Proktitis, eine eigentümliche Form des Serumexanthems, das vesikulöse Exanthem. Verfasser beobachtete, daß mit dem Auftreten der Serumkrankheit die passive Immunität aufhört, so daß bei Reinjektionen die Schwierigkeit der Serumkrankheit, das sofortige oder frühere Auftreten der Serumkrankheit, nicht immer der Anaphylaxie zuzuschreiben ist, obgleich diese ohne Zweifel eine große Rolle spielt.

Porosz-Budapest.

Über die im Verlaufe von 16 Jahren an der Universitäts-Kinderklinik der Königlichen Charité beobachteten Serumkrankheiten, von Oskar Müller. (Inaug.-Dissert., Berlin, 1911.) Die Arbeit ist auch von dermatologischem Interesse. Verfasser gibt eine vergleichende Schilderung der Serumschädigungen, die an obiger Klinik bei den einzelnen nach Dosierung und Technik verschiedenen Seruminjektionen bei Diphtherie in den Jahren 1894—1909, bei den prophylaktischen Impfungen bei Keuchhusten in den Jahren 1900, 1901/02 und 1909 und bei masernkranken Kindern in den Jahren 1897—1909 beobachtet wurden. Höchste Einzeldosis, bedingt durch den Karbolgehalt von 0,5%, war die Dosis von 9000 I. E. = 18 ccm des hochwertigen 500fachen Diphtherieserums. Als höchste Tagesdosis wurde 18000 I. E. = 36 ccm gespritzt. Die höchste Gesamtdosis im einzelnen Falle hat 66000 I. E. = 132 ccm betragen. Es wurde gespritzt mit Heilserum subkutan, intramuskulär und intravenös bei Diphtherie, Keuchhusten und Masern, in den oben genannten Jahren 2811 Kinder. Unter diesen Kindern war die Serumkrankheit in 299 Fällen aufgetreten = 10,63%. Zum Vergleich erwähnt Verfasser, daß in der Zeit, als das Serum in der Menge von 10—30 ccm eingespritzt wurde, sich der Prozentsatz der Serumkrankheit in der Höhe von 22% hielt. Unter den einzelnen Symptomen der Serumkrankheit bestand Ausschlag in 8,53% der Fälle. Bei subkutaner und intramuskulärer Injektion ergab sich: Urtikaria in 82 Fällen = 30,59%, scharlachähnlicher Ausschlag in 75 Fällen = 27,98%, morbillöser Ausschlag in 51 Fällen = 19,02%, polymorpher Ausschlag in 38 Fällen = 10,44%; unbestimmbar (undeutlich gezeichnet) 22mal = 8,20%. Bei intravenöser Injektion: Urtikaria 3mal, scharlachähnlich 1mal, morbillös 1mal.

Digitized by Google

Im Schlußteil der Arbeit will Verfasser auf Grund des Materials der Universitätskinderklinik der Charité einen Überblick geben, ob die Schädigungen nach der intravenösen Injektion stärker oder ebenso harmlos verlaufen, wie diejenigen nach der subkutanen bezw. intramuskulären Injektion. Die Häufigkeit der Reaktion auf Injektion von Heilserum ist abhängig von der Menge des injizierten Serums. Bei der subkutanen und intramuskulären Injektion mit Dosen insgesamt über 45000 I. E. war die Serumkrankheit in 18,91% aufgetreten, bei der intravenösen dagegen mit denselben Dosen in 15,84%.

Obiges Material zeigt, daß durch eine Steigerung der Dosen bis 66000 I. E. = 132 ccm eine Verschlimmerung der Erscheinungen der Serumkrankheit bisher nicht bemerkt wurde. Ferner daß bei Wiederholungen der Seruminjektion innerhalb 7 Tagen Zeichen der Überempfindlichkeit wohl auftreten können, daß diese Injektionen aber praktisch umso mehr als einmalige berechnet werden können, in je kürzerer Zeit die Reinjektion der Erstinjektion folgt. Die bereits sehr zahlreichen intramuskulären Injektionen haben ebenfalls zu keinen schweren Erscheinungen Anlaß gegeben. Auch bei intravenöser und Reinjektion sind bei einem allerdings noch beschränkten Material nur in einem Falle die Erscheinungen der Serumkrankheit schwerer gewesen, ohne jedoch über das Maß dessen hinauszugehen, was früher bei der subkutanen Injektion beobachtet wurde. Fritz Loeb-München.

Spätserumexanthem abklingend mit Herpes Zoster, von Friedrich Kanngiesser-Neuchâtel. (Klin.-ther. Wochenschr., 1911, Nr. 40.) Zwei Monate nach einer Seruminjektion der Höchster Diphtherieheilmittels trat bei dem Patienten ein Exanthem des ganzen Körpers auf; nach dessen Abheilen zeigte sich unterhalb der Seruminjektionsstelle ein Herpes zoster. Schourp-Danzig.

Ein Fall von Arzneiexanthem, von Ferdinand Schütz-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1911, Nr. 43.) Bei einem 36jährigen Manne traten nach einjährigem, anstandslosen, häufigen Antipyringebrauch bei gleichbleibender Dosis von 1 g zwei Erythemflecke am Oberarme auf, welche durch $1^1/_2$ Jahre bei jedesmaliger Aufnahme des Medikamentes unter Jucken sich röteten und wieder abblaßten. Nach dieser Zeit trat bei derselben Dosis ohne erkennbare Ursache eine Vermehrung der Hautaffektion ein in Form von plötzlich unter Brennen und Jucken auftretenden Bläschen an Zunge, Eichel, Hodensack und After, welche sich schnell in oberflächliche Geschwüre umwandelten und nach kurzem Bestande bei indifferenter Behandlung völlig schwanden. Schourp-Danzig.

Pellagröse Symptome, beim Huhn experimentell erzeugt durch Verfütterung von Mais, der durch ein spezifisches Bakterium verdorben war, von C. C. Bass. (Journ. amer. med. assoc., 1911, S. 1684.) B. hatte aus Stühlen von Pellagrösen verschiedene Bakterienkulturen erhalten. Neun von diesen verimpfte er auf Nährböden, die hauptsächlich aus Maismehl bestanden, und verfütterte diese dann an junge Hühner. Eines von diesen wurde von heftigen Durchfällen befallen, und am 88. Tage wurden die Beine unterhalb der Knie rot, entzündet, nässend. Bald nachher wurde die Haut dunkelbraun, begann abzuschuppen und wurde etwas atrophisch. Richard Frühwald-Leipzig.

Einfluß der Maisernährung und des Sonnenlichtes auf Mäuse in Zusammenhang mit der photodynamischen Theorie der Pellagra, von Pietro Rondoni. (Sperimentale, 65. Jahrgang, 1911, Nr. 3.) Der Verfasser konnte aus seinen Versuchen folgende Schlüsse ziehen: Die Maisnahrung ist den weißen Mäusen schon für sich allein schädlich und bedingt dystrophische Prozesse mit vorzeitigem Tode. Das Licht schadete

Digitized by Google

ebenfalls während einer zweimonatlichen Beobachtungszeit den Tieren sehr. Es schien, als ob die Tiere eher für ein Leben im Dunkeln organisiert seien. Doch konnte in keiner Weise konstatiert werden, daß das Licht die vom Mais herrührenden Schäden verstärkt hätte oder daß eine Aktivierung des Maisgiftes oder eine Photo-Sensibilisierung des Organismus stattgefunden hätte. Gunsett-Straßburg.

Die Ätiologie der Pellagra, von K. H. Beall. (Journ. amer. med. assoc., 1911, S. 1983.) B. hat gefunden, daß in Texas die Pellagra häufiger Frauen als Männer befalle. Da er jenen weder eine größere Disposition noch eine geringere Resistenz zuschreiben kann, nimmt er an, daß sie der Infektion mehr ausgesetzt sind. Von den Männern steht der geringste Teil im Alter von 20—50 Jahren, also in dem Alter, in dem man die wenigste Zeit, besonders am Tage, zuhause zubringt. Aus diesen Umständen schließt der Verfasser, daß das Virus der Pellagra in dem Hause oder um dasselbe sich aufhält und nur bei Tage wirkt. Richard Frühwald-Leipzig.

Sambons neue Theorie der Pellagra und ihre Anwendung auf die Krankheit in Georgia, von Stewart R. Roberts-Atlanta. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 56, Nr. 23.) R. überträgt die von Louis W. Sambon für Italien aufgestellte Pellagratheorie auf Georgia. Beide Länder haben gleiche topographische Verhältnisse. Die Krankheit findet sich längs den Flüssen; in beiden Ländern gibt es viele Sinuliumfliegen. Beide Länder haben eine große Landbevölkerung. Schourp-Danzig.

Über einige Fermentwirkungen bei der Pellagra, von L. Preti und L. Pollini. (Riforma med., 1911, Nr. 27.) Die Verfasser untersuchten bei 16 Pellagrakranken den Magensaft und die proteolytischen und amylolytischen Fermente der Fäzes. Sie fanden eine schwere Alteration der Magenfunktionen. 9 Fälle wiesen eine starke Hypazidität auf, bei den übrigen war der Magensaft neutral oder alkalisch. Die Wirksamkeit des Pepsins war ebenfalls stark vermindert. Nur bei 4 Patienten wurde Labferment und bei 5 Labzymogen gefunden. Auch die proteolytischen und amylolytischen Fermente der Fäzes sind beinahe bei allen äußerst reduziert. Die Verfasser schließen aus diesen Befunden, daß in der Therapie die Behandlung des Magendarmkanals eine hervorragende Rolle zu spielen hat. Gunsett-Straßburg.

Die Methode der Komplementdeviation bei der Pellagra, von C. Vallardi. (Riforma med., 1911, Nr. 36.) Es gelang in keinem Falle, eine Deviation der Komplemente nachzuweisen, in 37 untersuchten Fällen blieb die Wassermannsche Reaktion sowohl mit alkoholischem syphilitischem Leberextrakt, als mit Lezithin negativ. Gunsett-Straßburg.

Einige Versuche über die Komplementbindung bei Pellagrösen, von A. Lui und M. Baccelli. (Riforma med., 1911, Nr. 42.) Die Verfasser untersuchten das Serum von 15 Pellagrösen mit alkoholischen Extrakten, die sie aus Leber, Milz, Hirn und Nebennieren eines an Pellagra verstorbenen Patienten herstellten. Es wurde jedesmal verwandt 0,2 inaktiviertes Serum eines Pellagrösen, 0,1 Komplement (frisches Meerschweinchenserum), eine 5% Hammelblutkörperchenaufschwemmung und 1 ccm 1 : 800 Antihammel-Ambozeptor, das Ganze mit Kochsalzlösung auf 4 ccm verdünnt. Mit Leberantigen reagierten 3 Fälle positiv, 1 partiell, 11 negativ, mit Milzantigen 4 partiell, 11 negativ, mit Nebennierenantigen 1 positiv, 2 partiell, 12 negativ, mit Hirnantigen alle negativ. Gunsett-Straßburg.

Untersuchungen über das Blutserum der Pellagrösen, von Pietro Rondoni. (Sperimentale, 65. Jahrg., 1911, Nr. 3.) Aus den sehr ausführlichen Untersuchungen des Verfassers geht folgendes hervor: Es ist bis jetzt noch unmöglich, eine spezifische Reaktion zwischen wäßrigen Maisinfusen und dem Serum von Pellagrösen oder Mais-

Digitized by Google

essern weder durch die Präzipitationsmethode noch durch die Fixation des Komplements nachzuweisen. Ebensowenig gaben die Versuche mit alkoholischem Maisextrakt ein Resultat. Gunsett-Straßburg.

Urinuntersuchungen bei Pellagrösen, von Emilio Mai und Giovanni Gatti. (Rev. pellagrol. ital., 1910, Nr. 1, 2, 5, 1911, Nr. 1.) Die Verfasser kommen zu folgenden Schlüssen: Bei allen Pellagrösen ist die Phenolausscheidung erhöht und stark bei reiner Maisnahrung, schwächer bei gemischter Kost. Die Indikanausscheidung ist geringer als die des Phenols. Phenolurie kommt auch bei anderen Erkrankungen vor, doch nicht so konstant wie bei Pellagra. Am häufigsten noch bei Alkoholpsychosen; dies ist deshalb interessant, da nach einigen Verfassern die Möglichkeit einer gleichen Ätiologie bei Pellagra und gewissen alkoholischen Erkrankungen besteht.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Pellagra im Kindesalter, von A. Fritz-Budapest. (Gyermekorvos, Beiblatt der Budapesti Orv. Ujsag, 1911, Nr. 3.) Die sechsjährige Tochter eines Landmannes ist seit fünf Monaten matt, abgemagert, seit sechs Wochen sehr schwach, kann kaum gehen und hat auf Händen und Füßen eigentümliche Hautveränderungen. Hautbefund: Die ganze Haut ist dunkler pigmentiert, auf dem Rumpfe, den Oberarmen, dem Gesichte, dem Kopfe und den Schenkeln ist die Haut dunkelbräunlichrot, mit einer der Bronzefarbe zuneigenden Schattierung, bedeutend verdickt, mit stark auffallenden Drüsenöffnungen und Spannungsfurchen. Stellenweise ist die Farbe der Handfläche und der Fußsohlen lebhafter rot, stark verdickt mit einer Hornschicht, die namentlich auf den Fingerspitzen, am Rande der Handflächen, auf den Fußsohlen stark mit Schuppen belegt. In den Biegungen der Zehen tiefe, aber nicht sehr schmerzhafte Rhagaden. Auf dem Nasenrücken beiderseits stecknadelkopfgroße, bräunlichweißliche Hornstaphylome, die die Talgdrüsenöffnungen verstopfen. Nervensystem: die linke Pupille ist etwas weiter als die rechte. Die linke Augenspalte ein wenig schmaler. Kniereflexe können nicht ausgelöst werden. Bauchhautreflexe fehlen ganz. Sohlenreflexe können auch wegen der rohen, dicken Haut nicht ausgelöst werden. Konjunktionaler Reflex fehlt, kornealer Reflex ist auf einer Seite vorhanden. Auf der inneren Handfläche Hypo- bezw. Anästhesien, während sie auf der dicken Sohlenhaut der Füße kaum ausgeprägt sind. Patientin ist geistig herunter. Vollständige Schlaflosigkeit bei Tag und Nacht. Im Bette in halbsitzender Lage stiert sie vor sich hin, zeigt keinerlei Interesse für ihre Umgebung, ihre kranken Gefährtinnen. Zeitweise schreit sie auf, läßt unartikulierte, unverständliche Laute hören, nimmt anfangs keine Nahrung auf. Wassermannsche Reaktion stark positiv. Die Behandlung bestand anfangs in subkutaner Injektion von $^1/_2$ ccm Natrium cacodylicum (Clin). Nach sechs Injektionen nahm die Schlaflosigkeit ab, und die Eßlust stellte sich wieder ein. Da mit der subkutanen Injektion von Atoxyl bei Pellagrakranken bedeutende Besserung bezw. Heilung erreicht worden ist, injizierte Verfasser als Arsenpräparat 10 cg Salvarsan unter die Rückenhaut. 12 Tage später wurden die Injektionen wiederholt. Im Laufe eines Monats nahm das Kind 3 kg zu. Ihr Gemüt, ihre Eßlust, das allgemeine Befinden ist vollkommen befriedigend, nur blasse Spuren von Hautveränderungen sind vorhanden. Auch von dem an einer Injektionsstelle entstandenen Infiltrat ist keine Spur mehr vorhanden. Auf der Haut der Hände und Füße ist ein mit Ödem einhergehender Entzündungsprozeß. Im Zusammenhange mit der Rückbildung der Entzündung tritt Abschilferung ein, die auf den Handflächen und den Sohlen stark ausgeprägt ist. Die Veränderungen des Nervensystems äußern sich in Reizsymptomen des Gehirns, in vollkommenem Mangel der Reflexe. Zur Vollkommenheit des Krankenbildes fehlt der Zeismus. Die Patientin, ein Kind wohlhabender Eltern,

Digitized by Google

lebte von regelrechter gemischter Kost; aus Mais angefertigte Nahrung bekam sie nicht oder wenigstens nicht systematisch. Porosz-Budapest.

Klinischer Bericht über einen Fall von Pellagra, dem ersten aus Michigan, von B. N. Colver-Battle Creek. (15. Sept. 1911.) Aus der ausführlich in allen Einzelheiten mitgeteilten Krankengeschichte ist von Interesse, daß die Erkrankung in Perioden verlief. Drei Monate lang klagte der Patient über allgemeine Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust und hartnäckige Verstopfung; zwei Monate lang waren Dermatitis, Stomatitis, Proktitis und Vaginitis die hervorragendsten Symptome. Im nächsten Monat standen Durchfälle, Kopfschmerzen, Nacken- und Rückenschmerzen im Vordergrund; einen weiteren Monat zeichneten periodische psychische Symptome und Stimmungswechsel aus.
W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Pellagra, von Thompson Fraser. (Journ. amer. med. assoc., 1911, S. 1688.) Ein 65jähr. Mann erkrankte unter leichten Magendarmerscheinungen und bekam nach einigen Tagen ein symmetrisches, intensives, stellenweise blasenbildendes Erythem der Handrücken und Unterarme. Später wurde die Zunge fissuriert, und es traten Durchfälle und nervöse Erscheinungen auf. Durch Urotropin und Arsen bedeutende Besserung. Richard Frühwald-Leipzig.

Pellagra im staatlichen Hospital von Peoria, Illinois, von J. F. Siler und H. J. Nichols. (Med. Record, 15. Januar 1910.) In der großen Irrenanstalt und dem Siechenhaus von Peoria haben sich im Sommer 1909 unter 2150 Insassen 175 Pellagrakranke gefunden, die sich in etwa gleicher Anzahl bei Männern und Frauen verteilte. Verf. halten die Hauterscheinungen für die Diagnose der Pellagra für absolut notwendig und berichten über auffallende symmetrische Lokalisation derselben; in Fällen mit Blasenbildung war die Mortalität auffällig hoch. In Fällen mit Magendarmstörungen und Beteiligung des zentralen Nervensystems war oft nicht mit Sicherheit zu unterscheiden, wie weit die Symptome der Pellagra zuzuschreiben waren. Bakteriologische Untersuchung des Blutes, der Spinalflüssigkeit und der Milz sind negativ geblieben, doch fanden sich in der Mehrzahl der Fälle in den Fäzes Protozoen. In 12 von 18 zur Autopsie gekommenen Fällen fanden sich Ulzerationen des Kolons.
W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Pellagra in Illinois, von W. F. Waugh-Chikago. (Med. Record, 30. Juli 1910.) Es handelt sich um einen 36jähr. Mann, der seit seiner Geburt den Staat Illinois noch nicht verlassen hat; neben den im Vordergrund stehenden Erscheinungen von Seiten des Darms und Magens und der konsekutiven Abmagerung waren Veränderungen der Haut besonders im Gesicht, am Hals und an den Händen nachweisbar, die chronischem Ekzem sehr ähnlich waren. W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Pellagra, aus Pennsylvanien, wahrscheinlich aus Philadelphia selbst stammend, mit kurzen Notizen über Beobachtungen, die kürzlich in Norditalien bei Pellagra gemacht wurden, von M. B. Hartzell-Philadelphia. (Med. Record, 29. Juli 1911.) Es handelt sich um ein 9jähriges Mädchen, das mit Erscheinungen von Seiten des Darms (wässerige Durchfälle), allgemeiner Abmagerung und einem auf Hände und Gesicht beschränktem Erythem zur Beobachtung kam, sich während des Hospitalaufenthaltes rasch besserte, aber nicht lange Zeit darnach an der Krankheit zu Grunde ging. Weitere Untersuchungen, Autopsie usw. konnten nicht vorgenommen werden.
W. Lehmann-Stettin.

Persönliche Erfahrungen mit einigen Fällen von Pellagra, von Paul V. Anderson-Morganton. (Med. Record, 26. März 1910.) Bericht über neun Fälle, von denen sieben Frauen betrafen. W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Einige Bemerkungen zur Behandlung der Pellagra, von Geo. M. Niles-Atlanta. (Med. Record, 10. Sept. 1911.) Solange die Ätiologie (verdorbener Mais) nicht aufgeklärt ist, verbietet N. allen seinen Patienten Mais in jeder Form, überhaupt Nahrungsmittel oder Getränke, die aus Mais hergestellt werden; besonders warnt er auch vor den billigen Mehlsorten, denen sehr häufig Maismehl beigemengt ist. Abgesehen von diarrhoischen Zuständen, wo besondere Diät angezeigt ist, gibt er den Patienten eine möglichst kräftige und roborierende Diät. Von Medikamenten hat Arsen immer noch die beste Wirkung gehabt, nach einigen Literaturberichten in erster Linie Atoxyl. Alle Symptome der Haut und des Nervensystems müssen in symptomatischer Weise behandelt werden; gute Mundpflege, für die er eine Thymollösung oder Boroglyzerin allen anderen vorzieht, und peinlichste Körperpflege sind ebenso wichtig, wie die Vermeidung grellen Sonnenlichts. In sehr schweren Fällen hat Bluttransfusion sehr gute Erfolge gehabt. In den letzten vier Monaten hat Verf. nur einen Fall von Pellagra verloren, dagegen fünf anscheinend geheilt entlassen können. W. Lehmann-Stettin.

Pellagra und Nahrung, von G. A. Zeller. (Journ. amer. med. assoc., 1911, S. 1688.) Verf. warnt davor, dem Volke gewisse Nahrungsmittel (Mais, Baumöl) zu verbieten, da ihre ätiologische Rolle für Pellagra nicht sichergestellt sei und da durch unnötige Furcht die pellagrösen Psychosen aggraviert werden könnten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Diät bei Pellagra, von George M. Niles-Atlanta. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 57, Nr. 18.) Schourp-Danzig.

Natrium cacodylicum bei vier Fällen von Pellagra, von J. O. Elrod-Foosyth. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 57, Nr. 9.) Die Injektionen mit Natr. cacodylic. hatten guten Heilungserfolg. Schourp-Danzig.

Arsazetin in der Therapie der Pellagra, von Sormani. (Revista pellagrol. ital., 1911, Nr. 3.) Zusammenfassende Übersicht. Richard Frühwald-Leipzig.

Behandlung der Pellagra mit Salvarsan, von Parks M. King u. A. J. Crowell. (Journ. amer. med. assoc., 1911, S. 1687.) Die Verf. haben 19 Pellagrakranke mit wiederholten intravenösen Injektionen von 0,6 Salvarsan behandelt. Die Erfolge sind sehr ermutigend, da sich fast alle Patienten außerordentlich erholten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Das Salvarsan bei der Pellagra, von Gil und Casares. (Rev. clin. Madrid, 1911, Nr. 9.) Folgende beiden Fälle werden mitgeteilt: 1. Eine 42jährige Frau ist seit drei Jahren an Inappetenz, Gastralgien, chronischer Diarrhöe und allgemeiner Entkräftung erkrankt. Dazu gesellten sich ekzematöse Läsionen auf Hand- und Fingerrücken mit Krusten- und Rhagadenbildung, welche aber in keiner Weise an tertiäre Syphilide erinnerten. Wassermann positiv. Nach zwei intravenösen Injektionen von 0,35 und 0,4 Salvarsan schwanden alle Symptome rasch. Auch das Allgemeinbefinden hob sich vollkommen. Die Wassermannsche Reaktion wurde negativ. In der Anamnese war keine Lues nachzuweisen.

2. Ein 39jähriger Arbeiter mit Verdauungsstörungen zeigt ein typisches Pellagraerythem der Dorsalseite beider Hände mit Krusten und Rhagaden. Die Wassermannsche Reaktion ist ebenfalls positiv. Auf intravenöse Injektion von 0,35 Salvarsan verschwinden alle Symptome rasch, und es tritt eine erhebliche Gewichtszunahme ein. Die Autoren betonen, daß sie nie bei Syphilis eine so rapide Abnahme der Symptome nach Salvarsan sahen als hier bei Pellagra. Immerhin muß das Vorhandensein einer positiven Wassermannschen Reaktion bei beiden Fällen in der Beurteilung derselben zur Vorsicht mahnen.

Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Ein Fall von Exanthema vegetans ex usu jodi (Jododerma tuberosum), von Lanz. (Festschr. f. Prof. Nikiforow-Moskau, 1911, S. 333.) In dem beschriebenen Fall handelte es sich um Pusteln von Erbsen- bis Dreikopekenstückgröße mit zentraler Delle, die an Variola vera, und um Geschwülste, die an Mykosis fungoides erinnerten, mit vorwiegender Lokalisation im Gesicht und auf dem behaarten Kopf. Vereinzelte derartige Bildungen fanden sich auf dem Körper. Das Allgemeinbefinden war ein schlechtes, der Puls klein und frequent (120 in der Minute) und die Temperatur bis auf 39,4° erhöht. Wie sich herausstellte, hatte der Kranke und wegen gumöser Ulzerationen ca. 20 g Jodkalium eingenommen. Nach Aussetzen des Jodkaliums schwanden die Erscheinungen bald. Arth. Jordan-Moskau.

Bromoderma beim Säugling, von Cech. (Centralbl. f. Kinderheilk., 1911, Nr. 7.) Einem neun Monate alten Kinde wurden in der Zeit vom Mai bis Januar etwa 40 g Natrium bromatum verabreicht, welches den Ausschlag hervorrief und die typischen Bilder des Bromoderma zeigte. Haas-Hamburg.

Über einen Fall von Erythema faciei perstans (Kaposi-Krbibich) tuberkulösen Ursprungs, von Meschtscherski und Grintschar. (Festschrift f. Prof. Nikiforow, Moskau 1911, S. 405.) Genaue Beschreibung des von M. am 10./23. Oktober 1910 (vgl. diese Monatsh., Bd. 51, S. 463) in der Moskauer venerologisch-dermatol. Ges. vorgestellten Falles vom Lupus erythematodes und Erythema perstans faciei. Einen Monat nach der Demonstration ist die 19jährige Kranke unter den Erscheinungen einer allgemeinen Peritonitis gestorben. Die anatomische Diagnose lautet: Peritonitis chr. serosa fibrinosa productiva tuberculosa universalis. Die histologische Untersuchung eines Hautstückchens von der Stirn ergab eine gleichmäßige Atrophie der Epidermis in toto nicht stark ausgeprägter rundzelliger Infiltration im Korium, wie in der Umgebung der Talgdrüsen, Follikel und der gut erhaltenen Schweißdrüsen.

Wie die beiden Verfasser in der Epikrise bemerken, ist der Fall einerseits dadurch von Bedeutung, daß er für die Möglichkeit des Entstehens eines Lupus erythematodes unter dem Einfluß einer viszeralen Tuberkulose spricht, andererseits dadurch, daß, entgegen der Ansicht von Kraus und Bohac, ein Erythema faciei perstans als eine Exazerbation eines gewöhnlichen Lupus, unter dem Einfluß von akuten Lungenerkrankungen, aufzufassen ist, und daß die Ursache der Exazerbation eines Lupus discoides nicht nur in der Erkrankung der Atmungsorgane, sondern auch der Bauchhöhle liegen kann.
Arth. Jordan-Moskau.

Das Ödem im Lichte der Kolloidchemie nach Martin H. Fischer, von Felix Marchand-Leipzig. (Centralbl. f. allg. Path., Bd. 22, Nr. 14.) M. erhebt Einwendungen gegen die von Fischer aufgestellte These über das Ödem, welches dieser auf Wasserentziehung und Quellung der Kolloide der Gewebe zurückführen will.
Schourp-Danzig.

Über nephritisches Ödem, von Paul Schmid und Schlayer-Tübingen. (Dtsch. Arch. f. klin. Med., 1911, Bd. 104, Heft 1 u. 2.) Die Autoren kommen auf Grund ihrer Versuche zum Schluß, daß das nephritische Ödem nicht einfach aus einer erhöhten Durchlässigkeit der Gefäße erklärt werden kann, sondern daß auch der Zustand der Gewebe berücksichtigt werden muß. Wahrscheinlich wird dasselbe durch ein Zusammenwirken der Gefäßalteration mit Gewebsveränderung (z. B. Verminderung der Elastizität und Festigkeit) hervorgerufen werden. Einzelheiten über die äußerst sorgfältigen Versuche müssen im Original nachgelesen werden. Gunsett-Straßburg.

Über das Vorkommen von allgemeinem subkutanem nicht-renalem Ödem bei mehreren Familienmitgliedern, von F. H. Edgeworth-Bristol. (Lancet, 22. Juli 1911.)

Digitized by Google

Als eine Familieneigentümlichkeit berichtet E. über ein völlig gesund erscheinendes Elternpaar, welchem 5 Kinder nacheinander im Alter von 1—15 Wochen unter den Erscheinungen von diffusem subkutanem Ödem und Darmkatarrh wegstarben, während ein sechstes Kind, das die Störung in nur geringerem Grade darbot, sich wieder erholte. Bei drei der Kinder wurde der Urin auch untersucht und eiweißfrei gefunden, und bei den zwei zur Autopsie gelangten fand man ganz intakte Nieren. Diese Fälle will Verf. ganz klar vom bekannten Oedema neonatoram geschieden wissen; er erklärt sie als Äußerungen eines genitalen Defektes, dessen Wesen allerdings noch der näheren Aufklärung bedarf. Philippi-Bad Salzschlirf.

Pathogenese der dyskrasischen Ödema, von Debove. (Presse méd., 1911, Nr. 49.) Debove erklärt den Mechanismus der nicht durch Hindernisse der Zirkulation erzeugten Ödeme aus den von Achard und Loeper experimentell festgestellten Grundsätzen. Wenn Verunreinigungen, z. B. Toxine, sich im Organismus in großer Menge bilden, und das Blut dieselben nicht mit genügender Schnelligkeit auf natürlichem Wege eliminieren kann, so werden sie für den Moment in die Gewebe entleert, wo sie Ödeme erzeugen. Auf diesem von oben genannten Verf. durch Unterbindung der Ureteren oder der Nierengefäße und nachherige Injektion von Ferrozyankalium, Kochsalz und Methylenblau festgestellten Mechanismus beruhen sowohl die bei infektiösen Krankheiten (Pneumonie, Typhus) als bei renalen Affektionen entstehenden Ödeme. Je nach dem Fall sind es Toxine, Chlor oder Harnsäure, welche in die Gewebe übertreten. Gunsett-Straßburg.

Über Salzödeme bei älteren Kindern, von F. Hamburger-Wien. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 47.) Verf. berichtet über das Auftreten von ausgedehntem, hochgradigem Ödem bei einem schwächlichen, neurasthenischen Knaben als Folge von übermäßiger Zufuhr von Kochsalz mit der Nahrung, bei gleichzeitigem Gebrauch einer Karlsbader Trinkkur. Nach Beseitigung der Causa peccans ging die Störung bald zurück. Aus dieser und anderen analogen Beobachtungen folgert H., daß also nicht nur für Säuglinge, sondern auch für ältere Kinder ein übermäßiger Gebrauch von Kochsalz auch bei gesunden Nieren Ödem hervorrufen kann. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen Fall von Oedema durum traumaticum oder morbus Sécrétan, von E. Pellegrini. (La Liguria med., 1. Okt. 1911.) Bei einem Maurer bildete sich nach einer kleinen Verwundung der ersten Phalanx des rechten Index eine Phlegmone, welche sich bis in die Metakarpalregion ausdehnte und eine dreimalige Inzision nötig machte und dann abheilte. Längere Zeit darauf erschien ein Ödem, welches von der operierten Stelle aus bis an den Vorderarm reichte und auch auf der Volarseite, aber in mehr diffuser Weise, vorhanden war. Radioskopisch wurden die Knochen intakt gefunden, auch sonst fanden sich keine Störungen weder bei der Sensibilitäts- noch bei der elektrischen Prüfung. Gunsett-Straßburg.

Beobachtungen über toxische Wirkungen von Aspirin, von A. Brown-London. (Lancet, 9. Sept. 1911.) Ein Mann, der im Laufe des Tages einige Tabletten Aspirin zu 0,6 nach ärztlicher Anordnung genommen hatte, entwickelte während der Nacht eine intensive ödematöse Schwellung der Lippen, der Augenlider, der Zunge und der Gaumenschleimhaut, nebst großen dunkelroten Urtikariaflecken an der Brust und den Armen. Unter passender Behandlung verging die ganze Affektion im Laufe des Tages, aber auf eine nochmalige Dosis Aspirin (0,3) einige Zeit nachher trat an den Armen wiederum ein Nesselausschlag hervor, der einen Tag lang anhielt. Ähnliche, wenn auch nicht ganz so intensive Erscheinungen bot ein junges Mädchen einige Stunden nach dem Einnehmen von zwei Aspirintabletten dar. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Ein Fall von Urtikaria verursacht durch Sonnenstrahlen, von B. F. Ochs-New York. (Med. Record, 30. Juli 1910.) Eine 34jährige Frau, die sich sonst vollkommener Gesundheit erfreut, hat seit neun Jahren beobachtet, daß sie regelmäßig an Teilen des Körpers, die sie dem Sonnenlicht aussetzte, Urtikaria-Quaddeln bekommt, deren Ausbreitung in direktem Verhältnis zur Intensität des Sonnenlichtes steht. Ein eigentliches Sonnenerythem ist dabei auch vom Arzte bei verschiedenen Nachuntersuchungen nicht festgestellt worden. W. Lehmann-Stettin.

Purpura, von J. S. Thacher-New York. (Med. Record, 15. April 1911.) Verf. sucht die verschiedenen Erkrankungen, in denen eine abnorme Tendenz zu Blutungen sich manifestiert, in ein System zu bringen und stellt dabei die Hämophilie der Purpura nahe, während er eigentlichen Rheumatismus von den bei Purpura häufigen arthritischen Zuständen strikte trennt. Besprechung der neueren Arbeiten über Bestimmung der Koagulationszeit des Blutes und Bericht über zwei mit Gelenkerscheinungen einhergehende Fälle von Purpura. W. Lehmann-Stettin.

Purpura, von Daniel Elliot-Newark und H. S. Martland-Newark. (New York med. Journ., 18. Nov. 1911.) Verfasser vertreten den Standpunkt, daß Purpura in all ihren Formen, mag es sich um einfache, hämorrhagische, sog. rheumatische oder P. fulminans handeln, wahrscheinlich keine Affektion sui generis, sondern eine sekundäre oder symptomatische Erscheinung ist. Als Beispiel führen sie einen Fall von P. fulminans an, der bei einem einjährigen Knaben mit Bronchopneumonie (Pneumokokken) vorkam und zweifellos als sekundäre toxische Purpura anzusehen ist; der Tod trat hier 48 Stunden nach Beginn der letzteren ein. Verfasser erwähnen wegen der Ähnlichkeit des klinischen Bildes noch zwei Fälle von Pneumonie mit sekundärer symmetrischer Gangrän, die ebenfalls als Intoxikationserscheinung anzusehen ist. Stern-München.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Paraffinprothese und Radiographie, von Lagarde. (Presse méd., 1912, Nr. 16.) Der Verfasser verwendet seit einiger Zeit für seine Prothesen ein bismuthhaltiges Paraffin, so daß er dieselben nachher durch Röntgenstrahlen kontrollieren kann. Seitdem L. nicht mehr warmflüssiges Paraffin, sondern ein kaltes, unter Druck erweichtes Präparat benutzt, sind ihm keinerlei unangenehme Zufälle mehr vorgekommen.

A. Gunsett-Straßburg.

Verschiedenes.

Zur Erinnerung an V. Mibelli. Die Società medica zu Parma hat beschlossen, zum Gedächtnisse des verstorbenen Prof. Vittorio Mibelli ein Denkmal im Universitätsgebäude zu errichten. An der Spitze des Komitees steht der Vorsitzende dieser Gesellschaft, Prof. C. Gallenga, Direktor der Universitäts-Augenklinik. An diesen oder an Prof. Dr. Rille, Leipzig, Johannisplatz 1, sind allfällige Beiträge zu übersenden.

Erratum. In Zeile 1 des in Heft 10 enthaltonen Aufsatzes von Dr. M. Hodara „Generalisierte Jodakne und makulöses Jodexanthem" soll es statt „Jodexantheme nach Anwendung von Jodtinktur" heißen: „nach Anwendung von Jodkalium".

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

6. April 1912 | Nr. 14 | Band 54

Ein Fall von Gonokokkämie und generalisiertem gonorrhoischem Exanthem[1]).

Von

DDr. Menahem Hodara, Osman Bey, Izet Bey und Chevkiet Bey.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Richard Frühwald, Leipzig.)

Krankengeschichte (Osman und Izet Bey): Der 26jährige Patient, ein Marinesoldat, wurde am 6. Dezember wegen eines Exanthems aufgenommen, das sich aus erythematösen, stellenweise annulären Herden von lividroter Farbe zusammensetzte und mehr oder weniger einem Erythema multiforme ähnelte. Die Herde waren auf dem Thorax, dem Abdomen, im Gesichte und stellenweise auch auf den Ober- und Unterextremitäten lokalisiert. Dabei bestand hohes Fieber (39,4° abends). Nach 1—2 Tagen begann sich das Exanthem zu generalisieren und bildete an mehreren Stellen verschieden große Blasen mit trübem, eitrigem oder auch hämorrhagischem Inhalte. Der Ausschlag verbreitete sich über den ganzen Körper und das Gesicht, die Handrücken waren stark ödematös und geschwollen, Arme und Beine mit großen, erythematösen Herden oder Blasen mit eitrigem, fötidem Inhalte bedeckt. Das Gesicht war gleichmäßig gerötet und ödematös, es bestand Konjunktivitis und die Mundschleimhaut zeigte stellenweise rote Flecke. Zwei hervorstechende Eigenschaften des Exanthems waren die Symmetrie und die netzförmige Anordnung mehrerer erythematöser Herde. Das Fieber hielt im ganzen 11 Tage an; zuerst 38,7° früh und 39,4° abends, am 8. Tage begann es zu sinken, 37,8—38,7°, am 9. Tage 37,5—37,9°, am 10. Tage 37—37,7°, und am 11. Tage fiel es zur Norm herab. Der Kranke war sehr geschwächt. Therapeutisch hatten häufig erneuerte, heiße Borwasserumschläge gute lokale Wirkung gehabt. Das Exanthem, das im Anfange das Aussehen eines Erythema multiforme gehabt hatte, verlor dieses und nahm den Charakter eines teils erythematösen, teils bullöseitrigen, generalisierten, infektiösen Ausschlages an. Nach dem Abfalle der Temperatur begannen die Blasen zu vertrocknen, bildeten Krusten und heilten; die erythematösen Herde schuppten in großen Lamellen ab, und am 20. Tage bestanden

[1]) Nach einem Vortrage in der kais. medizinischen Gesellschaft zu Konstantinopel.

Digitized by Google

nach Abfall der Krusten und Schuppen nur noch an einzelnen Stellen rekuläre, erythematöse Herde.

Bis zum 8. Tage waren wir uns über die Ursache dieses fieberhaften Exanthems im unklaren; da der Kranke keinerlei Angaben machen konnte und kein Medikament eingenommen hatte, mußte ein Arzneiexanthem ausgeschlossen werden. Wir ließen daher das Blut von Dr. Chevkiet Bey bakteriologisch untersuchen. In Ausstrichen des Blutes aus einem erythematösen Herde der Fingerbeere fanden sich enorme Mengen in großen Haufen angeordneter Diplokokken. Die angelegten Kulturen (5—6 g Blut mittels Pasteurscher Pipette aus dem Finger entnommen, mit 8—10 g Bouillon gemischt und von da auf Agar übertragen) zeigten einwandsfrei, daß es sich um typische gramnegative Gonokokken handelte. In Blutpräparaten fanden sich starke Veränderungen der roten Blutkörperchen, die in große homogene zusammengebackene Haufen verwandelt waren, auf denen sich Gonokokken in großen Mengen befanden. Auf den Nachweis von Gonokokken in den Kulturen hin wurde der Kranke näher befragt, und er gab zu, einige Tage vor dem Auftreten des Exanthems Ausfluß aus der Harnröhre gehabt zu haben. Und er hatte in der Tat noch Ausfluß, in dem mikroskopisch und kulturell Gonokokken rein nachgewiesen werden konnten. Es bestand also kein Zweifel mehr, daß es sich um eine Gonokokkämie und ein generalisiertes gonorrhoisches Exanthem handelte.

Es ist bekannt, daß nach Scholtz nur wenige Verfasser in der Lage waren, Gonokokken im Blute nachzuweisen; denn wenn sie auch durch die Lymphgefäße ins Blut gelangen, so sterben sie rasch ab, ohne klinische Erscheinungen zu machen. Nur sehr selten entsteht eine wirkliche Gonokokkämie, wobei die Gonokokken im Blute kreisen und einen schwer fieberhaften (bis 40°) Zustand hervorrufen; aber auch da bildet das Blut keinen guten Nährboden und die Gonokokken gehen innerhalb weniger Tage zugrunde, so daß man sie nur während des Fieberstadiums im Blute nachweisen kann. Und in der Tat konnten wir nur in der febrilen Periode, am 8. Tage, Gonokokken nachweisen, während 3 Tage später, als die Temperatur gefallen war, eine neuerliche Untersuchung des Blutes negativ ausfiel.

Es ist auch bekannt, daß man nach Buschke als äußerst seltene Komplikationen einer Blennorrhagie vier verschiedene Exanthemformen unterscheiden kann: 1. skarlatiniforme Erytheme, 2. Urtikaria- oder Erythema nodosum-ähnliche Formen, 3. bullöse und hämorrhagische Exantheme und 4. Übergangsformen zwischen diesen oder auch polymorphe Eruptionen. Diese Exantheme können einige Tage, Wochen oder Monate bestehen, auf der einen Seite abheilen und auf der anderen neu auftreten,

Digitized by Google

sie sind von Fieber bis 40° begleitet oder verlaufen gänzlich afebril, sie können auch von anderen metastatischen Komplikationen von Seite des Herzens oder der Gelenke begleitet sein. Nach Buschke gibt es noch eine sehr interessante Exanthemform als Komplikation einer chronischen Blennorrhoe oder einer metastatischen Infektion des Herzens oder der Gelenke: die symmetrische, monatelang bestehende Hyperkeratose der Hände und Füße. Bekanntlich nahm man zuerst nach Levin eine von der Urethral- oder Genitalaffektion ausgehende Reflexwirkung als Ursache dieser Exantheme an. Nachdem später Buschke gezeigt hatte, daß diese Exantheme teils durch im Blut zirkulierende Gonokokken, teils durch ihre Toxine bedingt sein können, fand Scholtz, daß sie zum Teile, und zwar die knötchen- und knotenartigen Formen, durch Gonokokkenembolien hervorgerufen sein können. Er beobachtete nämlich die Umwandlung solcher Knoten und Knötchen in echte Abszesse, die einwandfrei Gonokokken enthielten. Wenn man sie aber in den Effloreszenzen nicht findet, hat dies seine Ursache darin, daß einige wenige im Blute kreisende Gonokokken keinen günstigen Boden zur Entwicklung finden und rasch absterben. Für die makulösen, urtikariellen, hämorrhagischen und bullösen Formen dagegen nimmt Scholtz eine rein toxische Genese, durch Resorption der Gonokokkentoxine, an. Die dem Erythema multiforme ähnlichen Formen betrachtet er als toxisch oder metastatisch, die Hyperkeratosen als toxische oder trophoneurotische Exantheme.

Es war natürlich interessant, ein Stück behufs mikroskopischer Untersuchung zu exzidieren, und zwar hätte dies am 8. Tage der Fieberperiode, als wir Gonokokken im Blute gefunden hatten, geschehen sollen. Leider wurde aber aus äußeren Gründen die Exzision erst am 11. Tage vorgenommen, als das Fieber aufgehört hatte und der Gonokokkenbefund im Blute negativ war. Das exzidierte Stück wurde von einem erythematösen, retikulären Herde der Schulter entnommen, wo bereits Schuppung eingetreten war und die Schuppen sich abgelöst hatten; es war rot und etwas infiltriert.

Histologischer Befund.

Man sieht in den Schnitten Stase und Veränderungen des Blutes, wobei sich in mehreren kleinen subpapillären Gefäßen und in verschiedenen Kapillaren Thrombosen bilden. Die Gefäße der Kutis und die Kapillaren der Papillen sind stark erweitert, einige maximal, strotzend mit Blut gefüllt. In einigen Gefäßen ist das Blut normal gefärbt, aber in mehreren kleineren oder in Kapillaren sind die roten Blutkörperchen verändert, in kleine Stücke zertrümmert, zu größeren Massen zusammengebacken und bilden so totale oder partielle Thrombosen. In anderen

Digitized by Google

Gefäßen findet man fibrinöse, fibrilläre oder granulöse Niederschläge, die ebenfalls das Lumen zum Teile oder gänzlich ausfüllen; wieder andere sind mit normalen Lymphozyten, die mit Leukozyten durchsetzt sind, angefüllt. Oder man sieht degenerierte, zertrümmerte Lymphozyten und Leukozyten, die zu glänzenden hyalinen Körpern umwandelt sind und partielle hyaline oder leukozytäre Thrombosen bilden; endlich findet man die verschiedenen Thromben durcheinandergemengt. In der Kutis besteht starkes Ödem, die Lymphspalten sind erweitert, die kollagenen Fasern gequollen; besonders hochgradig ist das Ödem aber im Bereiche des Papillarkörpers, wo einzelne Papillen ganz außerordentlich geschwollen sind. Man sieht eine Infiltration der Gefäß- und Kapillarwände durch Hypertrophie und Proliferation der perithelialen Zellen, sowie reichliche Auswanderung und Anhäufung von Lymphozyten in mehr oder weniger großen Herden um die Gefäße der Kutis, besonders in und unter den Papillen; auch in dem intervaskulären Gewebe des Papillarkörpers sieht man Lymphozyten, verstreut oder in Haufen. Es finden sich polynukleäre Leukozyten in mäßiger Anzahl und auch mehrere Mastzellen längs der Gefäße und im Papillarkörper. Die kleinen Gefäße um die Follikel und die Schweißkanälchen sind von großen Lymphozytenherden umgeben. Auch die Bindegewebszellen sind proliferiert und hypertrophiert, besonders stark im Papillarkörper, weniger in der Kutis. Die elastischen Fasern sind ebenfalls hypertrophisch, nur im Bereiche der Infiltrationsherde sind sie rarefiziert.

In der Epidermis sieht man stellenweise noch die Spuren des abgelaufenen Prozesses, der zur Schuppung geführt hatte. Man sieht nämlich auf der Oberfläche die alte Schuppe, die aus einem großen Teile der umwandelten früheren Stachelschicht besteht, die sich aus mehreren Lagen zusammensetzt, und zwar einer oberen, die Herde von polynukleären Leukozyten enthält, und einer mittleren und unteren, die aus den mehr oder weniger abgeflachten Stachelzellen gebildet ist und stellenweise Leukozytenherde zeigt. Diese Schuppe ist im Begriffe, sich abzustoßen, und unter ihr befindet sich schon eine neue, normal keratinisierte Hornschicht, eine neue, dicke, aus 5—6 Reihen großer Zellen bestehende Körnerschicht und eine neue Stachelschicht, die mehrmals so dick ist wie im normalen Zustande. Diese letztere ist stark proliferiert (wie bei einem spitzen Kondylome) und bildet große Zapfen, die tief in die Kutis hineinreichen. In den unteren und mittleren Lagen findet sich eine enorme Zahl von Mitosen. Das Protoplasma und die Kerne der Zellen sind voluminös, leicht ödematös; stellenweise besteht auch interzelluläres Ödem, die Kernhöhlen sind erweitert, die Zwischenzellenspalten verbreitert. Gonokokken konnten wir in den Gefäßen der Kutis nicht

Digitized by Google

nachweisen; denn das Stück war, wie gesagt, am 11. Tage exzidiert worden, als das Fieber aufgehört hatte und die Blutuntersuchung negativ war.

Zusammenfassend können wir sagen, daß die Gonokokkämie in diesem Falle durch Zirkulation der Gonokokken selbst, hauptsächlich aber durch ihre Toxine bedingt war und dieses generalisierte toxische Exanthem hervorgerufen hat, das mehr oder weniger lange Zeit nach dem Verschwinden der Gonokokken fortbestand. Mikroskopisch charakterisiert es sich durch intensive Entzündung, äußerste Erweiterung der Gefäße und Kapillaren, hochgradiges Ödem, besonders des Papillarkörpers, mit passiver Hyperämie, schwere Veränderungen des Blutes und Bildung von Thromben, die aus Erythrozyten, Fibrin, Lymphozyten, Hyalin und Leukozyten bestehen und die kleinen Gefäße gänzlich oder teilweise ausfüllen. Es besteht ferner Hyperplasie der perithelialen Zellen aller Gefäßwandungen, Auswanderung von Lymphozyten und Leukozyten, die sich in großer Zahl um die Gefäße, hauptsächlich die subpapillären, stellenweise aber auch im Gewebe der Papillen anhäufen, und Proliferation der Bindegewebszellen, die besonders im Papillarkörper hervortritt. In der Epidermis sieht man, daß der abgelaufene Prozeß, der zur Bildung von Blasen, Krusten und Schuppen geführt hatte, aus Exsudation und Auswanderung von Leukozyten bestand. Dadurch wurde ein Teil der Epidermis zerstört und in eine Kruste oder Schuppe umgewandelt, unter der sich eine neue mehrfach verdickte Epidermis bildet, die stellenweise mehr oder weniger ödematös ist und enorm viele Mitosen enthält.

Da diese gonorrhoischen Exantheme oft von Metastasen im Herzen oder in den Gelenken begleitet sind, haben wir Artigon, das Antigonokokkenserum von Schering, angewendet, und zwar gaben wir 0,5, 1,0 und 1,5 in dreitägigen Intervallen. Der Kranke hatte keine weitere Komplikation; vielleicht wäre er auch so verschont geblieben, doch haben wir das Serum vorsichtshalber angewendet, da es mindestens gänzlich unschädlich ist.

Digitized by Google

Die Lebensaussichten der kongenital-luetischen Kinder.

Von

Dr. O. Sprinz, Charlottenburg.

(Fortsetzung.)

Rezidive.

Finkelstein hält Rezidive nicht gerade für häufig und nimmt an, daß sie um so weniger zu erwarten sind, je leichter der Fall aufgefaßt werden darf; gegenüber 85 syphilitischen des I. Quartals hatte er nur 10 Rückfälle zwischen dem 6. und 15. Monat behandelt. Allerdings ist auch das Absterben vieler jungen Säuglinge mit in Betracht zu ziehen. Jenseits des ersten Jahres, in das 70% aller Rezidive fallen, wird die Wahrscheinlichkeit neuer Eruptionen viel geringer.

J. Peiser sah Rezidive in ca. $^1/_3$ der Fälle, Hochsinger dagegen bei 63% der von ihm behandelten Kinder; von letzteren hatten sogar 54% die erste Behandlung genau nach Vorschrift absolviert. Diejenigen Kinder, welche erst nach dem IV. Lebensmonat in Behandlung traten, bekamen alle durchweg Rezidive. Bei frühzeitiger Behandlung vor Ablauf des ersten Vierteljahres ist in $^1/_3$ der Fälle Rezidivfreiheit zu erzielen.

Es bekamen Rezidive:

von Erstgeborenen 73,0% und zwar mehrmals 44,6%,
„ Zweitgeborenen 45,3% „ „ „ 20,5%.

In der Privatpraxis sah Hochsinger Rezidive innerhalb des ersten Jahres sehr selten, dank der sachgemäßen Behandlung der Eltern und dem langen Intervall zwischen Infektion und Zeugung.

Syphilis hereditaria tarda.

Einige Autoren wollen die Bezeichnung „tarda“ reserviert wissen für die erbliche Syphilis von Kindern, deren Krankheitserscheinungen gegen die Pubertät hin oder noch später sich entwickeln, die aber bis dahin überhaupt noch keine Zeichen einer syphilitischen Erkrankung dargeboten haben (von Rosen, Lewin, Augagneur, Finger, Henoch). Die Existenz einer solchen Syphilis tarda wird von anderen geleugnet (Wolff, Kaposi, Neumann, Fournier, Heubner u. a. m.). Sie nennen Syphilis tarda jede im späteren Kindesalter sich äußernde hereditäre Lues, gleichviel ob die betreffenden Personen an Säuglingssyphilis gelitten haben oder nicht.

Hochsinger läßt die Syphilis tarda mit dem Auftreten gummöser Prozesse beginnen. Die nachfolgende Tabelle zeigt, in welchem Lebens-

Digitized by Google

jahre die Syphilis tarda nach Ansicht mehrerer Autoren zuerst beobachtet wird, in welchem Lebensalter die zahlreichsten Erkrankungen vorkommen und endlich die Zeit, in welcher die Syphilis tarda zu erlöschen pflegt:

Autor	Beginn der Erkrankung u. zunehmende Häufigkeit	Maximum der Frequenz	Abnahme der Frequenz
Fournier 212 Fälle .	3. Jahr	12. Jahr	28. Jahr
Augagneur 83 Fälle .	4. bis 10. Jahr	10. bis 18. Jahr	vom 19. Jahr ab
Rabl 127 Fälle . . .	1. bis 7. Jahr	8. bis 12. Jahr	nach dem 17. selten
Behring 37 Fälle . .	1. Jahr	8. Jahr	26. Jahr

Wir dürfen annehmen, daß die meisten Fälle der Syphilis tarda vom 12. Lebensjahr bis zur Pubertät hin in Erscheinung treten und daß sie über das 3. Lebensjahrzehnt hinaus nicht mehr beobachtet werden. Aber schon zwischen dem 20. und 30. Jahre, meint Heubner, möchten die Fälle von Syphilis, die auf Vererbung beruhen, nur recht seltene Ausnahmen sein; im allgemeinen wird wohl schon mit dem Nahen des 20. Lebensjahres die Krankheit entweder überwunden oder zu einem ungünstigen Ausgange geführt haben.

Zahlenangaben über die Häufigkeit der einzelnen Krankheitssymptome bei Syphilis hereditaria tarda.

	Fournier bei 212 Fällen	Rabl bei 125 Fällen	Behring bei 37 Fällen	Hugenin bei 185 Fällen	Hochsinger bei 112 Fällen
Augenaffektionen	101	46	26	74	1
Knochen, Gelenke	87	51	42	26	13
Haut, Schleimhaut, Subkutane Gummen, Narben	76	20	8		
Gehörsstörungen	40		2	20	1
Viszerale Affektionen	52				2
Rachen, Nase, Kehlkopf . . .	82			17	6
Hirn- u. Rückenmarkserkrankg., Nervöse Erscheinungen . .	54	1	3		89
Hutchinsonsche Trias . . .		4		11	
Hutchinsonsche Zähne . . .			11	55	4
Drüsenschwellungen			19		6
Tuberkulose					15
Herz und Gefäße					13
Wirklicher Infantilismus . . .					3
Auffallende Anämie u. Schwächlichkeit					86
Verschiedenes	15				3

Digitized by Google

Diese Zahlenreihen lassen erkennen, in welcher Häufigkeit die einzelnen Organe von der Syphilis tarda betroffen werden. Der Häufigkeit nach stehen an erster Stelle die Augenaffektionen.

Hutchinson und Hirschberg sprechen die Keratitis interstitialis für eine spezifisch syphilitische Erkrankung an.

Schweigger konstatierte	Syphilis	bei	83 %	der	Fälle	von	Keratitis
Saemisch	„	„	„	62 %	„	„	„	„
Horner	„	„	„	64 %	„	„	„	„

Tuberkulose und Erblues.

Über die Beziehungen der Tuberkulose zur hereditären Syphilis gehen die Ansichten der Autoren auseinander. Peiser hält eine engere Beziehung nicht für erwiesen, Finkelstein scheint eine besondere Disposition zur Tuberkulose zweifelhaft, Karcher dagegen hebt den Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Lues besonders hervor.

Winfield, der an einer größeren Reihe von Kindern Pirquet und Wassermannsche Reaktion gleichzeitig geprüft hat, betont, wie schwer oft die Differentialdiagnose zwischen Lues und Tuberkulose sei. Jedenfalls bedinge die Herabminderung der Resistenz durch ererbte Lues leicht eine Tuberkulose.

Affektionen des Zentralnervensystems auf hereditär-syphilitischer Basis.

Die hierhin gehörigen Erkrankungen finden sich relativ häufig und haben zumeist eine schwerwiegende Bedeutung für die Prognose. Die Häufigkeit des Befallenseins des Zentralnervensystems bei hereditärer Syphilis wird verschieden hoch angegeben:

Rumpf 13 %
Fournier 19,8 %
Jullien 50 %.

A. Kindlicher Schwachsinn bis zu den schweren Graden der Idiotie.

Während Bourneville die Lues für eine außerordentlich seltene Ursache des idiotischen Zustandes hält, schätzt Plaut den Anteil der Lues an der Entstehung der Idiotie sehr hoch. Es sei das eine Erkenntnis, die sich erst allmählich Bahn gebrochen habe; und „auch jetzt sind wir noch weit davon entfernt, in dem einzelnen Falle stets mit der wünschenswerten Sicherheit die auf hereditär-luetischer Basis verblödeten Kinder von der großen Menge der übrigen Schwachsinnsformen abzugrenzen".

Digitized by Google

Auch Nonne fand relativ häufig eine Herabminderung der Intelligenz in leichterem und stärkerem Grade bis zur Idiotie gehend.

Schlesinger ermittelte unter 138 schwachbegabten Schülern luetische Belastung

als wahrscheinlich in 3 % der Fälle,
als sicher in 1,5 % der Fälle.

Schiperskaja unternahm an 105 hereditär-luetischen Kindern Intelligenzprüfungen; sie fand die geistigen Fähigkeiten um so geringer, je stärker die Syphilis der Eltern und je schlechter dieselben behandelt waren. Selbst die entwickelsten Kinder erschienen geistig minderwertig.

Häufigkeit der Idiotie bei hereditärer Lues auf Grund **klinischer** Feststellungen:

Name des Autors	Zahl der Idioten	Lues sicher	Lues wahrscheinl.
Binswanger	74	9,4 %	12 %
Piper	316	5,0 %	—
Ziehen	—	10,0 %	17 %
Brown	—	1—1,5 %	—
Down	—	2,0 %	—
Wachsmuth	185	0,0 %	—
Shuttleworth	1000	0,4 %	1 %
Wildermuth	—	11,8	—
Strohmeyer	—	5—6 %	10—15 %
Heyn	290	1,4 %	—
Heubner	87	23,0 %	—

Das sind im Durchschnitt 6,3 %.

Die Untersuchung mittels Serumreaktion ergibt einen viel höheren Prozentsatz, wie sich aus folgender Zusammenstellung ergibt (z. T. nach Pinkus):

Namen der Autoren	Zahl der Idioten	Wassermann positiv	Zahl d. positiv reagierenden
Raviart, Breton, Petit-Gayet und Cannec	246	29,2 %	76
Atwood	204	14,7 %	—
Brückner, Hamburg	216	7,4 %	16
Lippmann, Uchtspringe	78	9,0 %	8
Lippmann, Dalldorf	121	13,2 %	16
Kroebner	262	21,4 %	56

Unter 924 Idioten reagierten 172 = 18,6 % positiv.

Mit Zuhilfenahme der körperlichen Untersuchung gelang es Liepmann sogar bei 33,8 % der Idioten in Dalldorf Lues nachzuweisen. So-

Digitized by Google

mit erscheint ihm die Hoffnung berechtigt, daß es gelingen wird, die Idiotenanstalten, die zurzeit etwa 150000 Insassen beherbergen, durch rechtzeitig vorgenommene antisyphilitische Behandlung etwas zu entvölkern.

B. Epilepsie.

Während E. Mendel einen Zusammenhang der Epilepsie mit der hereditären Lues nicht feststellen konnte, hält Erlenmeyer die kongenitale Lues für eine häufige Ursache der angebornen Epilepsie (mit und ohne Idiotie), auch andere Autoren bejahen den ursächlichen Zusammenhang zwischen Lues und Epilepsie.

Bratz und Lüth	4—7 %
Siebold	1,8 %
Epileptische Anstalt Uchtspringe	0,4 %
Anstalt Wuhlgarten	5,0 %
A. Fournier	0,8 %
Schwachs. Anstalten Württembergs, Kübner	6,0 % S. Reakt.

C. Zerebrale Kinderlähmung.

Koenig hat in 7 % der Fälle hereditäre Lues als ätiologischen Faktor ermittelt; andere Forscher leugnen einen ursächlichen Zusammenhang oder nehmen einen viel geringeren Anteil an.

Autor	Zahl der Fälle	Lues als Ursache
Wachsmuth	22	0
S. Sachs	200	2
Kalischer	35	0 mal sicher, mehrere Male wahrscheinlich

D. Progressive Paralyse, Littlesche Krankheit, Hydrozephalus.

Alzheimer fand bei 41 Fällen von juveniler Paralyse 28 mal, das sind 70 % ererbte Lues als Ursache.

Kübner für die Littlesche Krankheit 18 % (durch Serumreaktion).

Bei Hydrozephalus war Lues die Ursache.

nach Kübner in 30,0 % S. R.,
„ Elsner „ 16,6 %,
„ Hochsinger „ 10,0 %.

E. Infantilismus.

Durch das erblich überkommene Luesvirus kann es zu einer Hemmung der allgemeinen Körperentwicklung kommen, ein Zustand, den man Infantilismus nennt. Peritz glaubt, daß gerade solche Formen der kind-

Digitized by Google

lichen Syphilis zum Infantilismus führten, die keine oder nur geringe Lokalsymptome machten, ähnlich der Tabes. Vielleicht handelt es sich um Störungen, die die trophischen und vasomotorischen Zentren des Nervensystems betreffen. Solche Kinder bleiben in ihrer Entwicklung zurück, zeigen zarten Knochenbau, schlecht entwickelte Muskulatur, mangelhaft ausgebildete Geschlechtsorgane und verlangsamte geistige Entwicklung. „So bleiben sie, entwickeln sich kaum weiter und sind schließlich minderwertige Wesen mit beschränkten geistigen Fähigkeiten." (Fournier.)

Das Zentralnervensystem ist also relativ häufig bei der hereditären Lues affiziert. Immerhin werden wir hoffen dürfen, durch frühzeitige, energische, antisyphilitische Behandlung einen Teil der drohenden Schädigungen hintenanhalten zu können. So fand Hochsinger in seinen Protokollen 32 nervenkranke Individuen, zwischen dem 11. und 18. Lebensjahre (Migränekranke, Epileptiker, Gelähmte, Paralytiker und Tabiker) verzeichnet, welche nach seiner Meinung nur einer unerkannten und unbehandelt gebliebenen Erbsyphilis ihr Nervenleiden verdankten.

Lues asymptomatica.

Es gibt freilich auch Fälle, die durch Inspektion und klinische Beobachtung nicht zu diagnostizieren sind, wo allein die Wassermannsche Reaktion den wahren Sachverhalt aufzudecken vermag (Citron). Plaut untersuchte 58 Kinder, deren Mehrzahl keine sicheren Zeichen der Erbsyphilis boten, jedoch aus Familien stammten, in denen meist durch Paralyse des Vaters die Möglichkeit einer hereditär-luetischen Belastung gegeben war. Bei 52 von ihnen wurde die S. R. geprüft, sie fiel bei 23, das sind 44 %, der Fälle positiv aus.

Von großem Interesse ist es, daß sich so viele einfach nervöse Kinder in der luetischen Deszendenz finden; Hochsinger zählte deren 36 unter 112 Kindern. Unter 9 derartigen Kindern fand Plaut zweimal positive Reaktion, ohne daß sie sonst die geringsten Zeichen einer Lues darboten. (Schluß folgt.)

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 112, Heft 2, Febr. 1912.

1. Ein Fall von Herpes zoster bilateralis der oberen Extremitäten, von E. Klausner-Prag. Der Fall betraf eine 64jähr. Patientin, die eine sehr schmerzhafte Bläschen-Eruption gleichzeitig an beiden Unterarmen bekam. (Untersuchungen über den sonstigen Zustand der Patientin, ev. frühere Syphilis, werden nicht mitgeteilt. D. Ref.).

Digitized by Google

2. Erythema pellagrosum und Erythema solare. Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Sonnenwirkung auf die Haut Pellagröser, von Prêr Luigi Fiorani-Mailand. Bei einem 50jähr. Bauer, der eine Pellagra und ein spezifisches pellagröses Erythem hatte, fand sich zu gleicher Zeit ein solares Erythem; das pellagröse Erythem war von rotbrauner Farbe mit Rhagaden, wunden Stellen und Abschuppung, und reichte von den Fingerspitzen bis etwas über die Handwurzel; das solare Erythem, eine einfache Sonnenbräunung der Haut, von da bis zum Ellenbogen. W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Zentralblatt.

Bd. 15, Nr. 5, Febr. 1912.

1. Zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan in kleinen Dosen, von W. Kopytowski-Warschau. Verf. ist der Meinung, daß es in der Praxis leichter durchführbar und billiger sei, wiederholte kleine Salvarsaninjektionen zu geben, als eine einmalige große. Da er dazu unmöglich jedesmal einen intravenösen Eingriff vornehmen kann, gibt er intramuskulär wässerige Lösungen. Nach seinen Erfahrungen haben sich 5—6prozentige Lösungen von Salvarsan in frisch sterilisiertem destilliertem Wasser lange Zeit unverändert erhalten, so daß er sich die notwendige Menge Salvarsan auf einmal lösen und in Ampullen aufheben kann. Die saure Lösung wird dann jedesmal in der Spritze mit einem bestimmten Quantum einer verdünnten Natronlaugenlösung neutralisiert. Diese Lösungen werden von dem Kranken gut vertragen, der Schmerz ist gewöhnlich gering, die Infiltrate mäßig, sie verschwinden rasch und fehlen manchmal ganz. Auf diese Weise können die Kranken ambulatorisch, ohne ihre Beschäftigung aufzugeben, behandelt werden, wobei das Resultat kein schlechteres ist, als nach einmaliger Injektion einer grossen Dosis, oder nach intravenöser Einspritzung. Mit zehn Injektionen werden innerhalb drei Wochen dem Patienten 0,5 g Salvarsan zugeführt.

Verf. kombiniert die Salvarsanbehandlung mit Hg und glaubt die Beobachtung gemacht zu haben, daß bessere Resultate in bezug auf die Rezidive der Krankheit erzielt wurden, wenn zuerst Quecksilber und dann Salvarsan, nicht vice versa angewendet wurde.

2. Salvarsaninfiltrate und Fibrolysin, von K. Tietze-Bolkenhain. Ein schwerer Fall von frühzeitiger Hirnsyphilis hatte im September und Oktober 1910 drei intramuskuläre Einspritzungen in die Gesäßgegend erhalten. Die Injektionsstelle wurde sehr schmerzhaft und hart, besonders über der rechten Gesäßbacke, wo die Schwellung sich nach oben über das Kreuzbein fortsetzte. Trotz verschiedener therapeutischer Maßnahmen wurde das Gehen immer mehr eingeschränkt, die Schmerzen unerträglich. Schließlich konnte der Patient nur noch auf dem Bauche liegen. Um dem Kranken irgendwie zu helfen, machte Verf. im April 1911 eine Fibrolysininjektion mitten hinein in das Infiltrat der rechten Gesäßbacke und wiederholte diese Injektion noch viermal im Laufe von zehn Tagen. Es kam zu einer vollkommenen Erweichung, die nach Inzision eine außerordentlich reichliche Menge Eiter entleerte. Nach etwa vier Wochen wurde auch links Fluktuation konstatiert und inzidiert. Durch diesen Eingriff wurde der Patient von seinen Schmerzen gänzlich befreit und wieder so weit bewegungsfähig, daß er seiner Beschäftigung nachgehen konnte. W. Lehmann-Stettin.

British Journal of Dermatology.

Februar 1912.

Telangiektasien bei Kindern in Verbindung mit lange währender, schwächender Diarrhöe, von Greaves Fearnsides-London. Telangiektasien sind häufig bei Er-

Digitized by Google

wachsenen in Verbindung mit schweren Zuständen allgemeiner Schwäche beschrieben worden, während sich nach F.s genauen Nachforschungen in der Literatur nichts über Telangiektasien, Erythema und Purpura bei Kindern, die an lange währender Diarrhöe leiden, findet. Er beobachtete nun in sechs Fällen von lange dauernder Diarrhöe bei Kindern im Alter von $1^1/_2$—10 Jahren drei Arten von Hautaffektionen: 1. Erythema, 2. ausgesprochene Telangiektasien und 3. Purpura. Erythema war in allen sechs Fällen vorhanden und in fünf derselben mit Telangiektasien verbunden, Purpura nur in zweien und zwar sowohl mit Erythema wie Telangiektasien verbunden. Die Erytheme waren gewöhnlich an den distalen Enden der Extremitäten, die Telangiektasien speziell an den Hüften und am Rumpf an Stellen, die dem Druck ausgesetzt sind. Erythema und Telangiektasien scheinen beide der Ausdruck von Gefäßerweiterung, also eng miteinander verwandt zu sein, ebenso wie die an vielen Purpuraflecken vorhandenen erweiterten Gefäße die nahe Verwandtschaft zwischen Purpura und Telangiektasien zeigten. Ödem war in allen sechs Fällen vorhanden. Die Diarrhöe hat in der Mehrzahl derselben bereits ein und mehrere Jahre bestanden, bedeutenden Kräfteverfall bewirkt, und auf diesen führt F. die verschiedenen Hauteruptionen, die den Ausdruck von Gefäßerweiterung bedeuten, zurück.

Die Ätiologie des Lupus erythematosus, von Douglas Freshwater-London. (Fortsetzung folgt.) F. gibt eine Übersicht über die Literatur und eine Beschreibung des Leidens, welches er klinisch in vier Unterarten abteilt: 1. die umschriebene oder diskoide, 2. die diffuse oder disseminierte Form, 3. die telangiektatische und 4. Lupus pernio — Erfrierungslupus. Die geographische Verteilung der Krankheit ist bemerkenswert, denn je näher den Tropen, um so seltener wird dieselbe — eine Verteilung, welche keineswegs mit Lupus vulgaris oder Tuberkulose übereinstimmt. F. bringt nun die zahlreichen Gründe vor, welche von den verschiedenen Autoren für und gegen die tuberkulöse Natur des Leidens angeführt worden sind, und wird auf Grund von eigenen 20 Beobachtungen, wovon drei histologisch genau untersucht worden sind, sich weiterhin darüber äußern. Stern-München.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 4. Januar 1912.

Ein Jahr Salvarsan, von Queyrat. Verf. berichtet über seine Erfahrungen, die er innerhalb des abgelaufenen Jahres mit Salvarsan gemacht hat. Seine ausführlichen Darlegungen sind zu kurzem Referate nicht geeignet; es sei nur hervorgehoben, daß G. im allgemeinen mit seinen Resultaten zufrieden ist. Er legt aber auch die Kontraindikationen fest und berichtet über einen Todesfall, der wohl nur auf Salvarsan zurückgeführt werden kann. Das französische Arsenobenzol „Billon" findet er in seiner Wirkung dem Salvarsan gleichwertig.

In der Diskussion weist Hallopeau auf die guten Erfolge mit Hektin hin.

Naevus pilaris, dessen Haare in „Köcherform" stehen, von J. du Castel. Eine Frau hat oberhalb des Nabels einen Nävus, der mit ganz kurzen, unregelmäßig verstreuten Haaren besetzt ist, die sich leicht ausziehen lassen. Unter dem Mikroskope ergab sich, daß das, was dem freien Auge als ein Haar erschien, in Wirklichkeit ein Büschel atrophischer Haare war.

Sterilisierung der Syphilis im Primärstadium. Statistik über 20 Fälle, von Leredde und Kuenemann. Drei intravenöse Salvarsaninjektionen zu 0,6 im Primärstadium der Syphilis sind in manchen, nicht in allen Fällen imstande, alle syphilitische Konsekutiva zu unterdrücken und die Seroreaktion definitiv negativ zu

Digitized by Google

machen. Die Patienten müssen daher ständig klinisch und serologisch kontrolliert werden, damit gegebenenfalls die Behandlung wieder aufgenommen werden kann.

In der Diskussion warnt JEANSELME davor, aus Furcht vor bösen Folgen zu geringe Dosen zu verabfolgen.

Salvarsanfieber, von LEREDDE und KUENEMANN. Es ist unzweifelhaft, daß durch das destillierte Wasser des Handels Fieber erzeugt wird. Trotzdem gibt es auch Fieberreaktionen, die auf die Einwirkung des Salvarsan auf die syphilitischen Produkte zurückzuführen sind. Manche Fieberbewegungen haben auch außerhalb liegende Ursachen, wie vorangegangene Ermüdung usw.

Salvarsan und Fieber, von JEANSELME und A. VERNES. Die Verff. machen die Vorschrift, daß das Salvarsan in 6‰ Kochsalz gelöst werde und zwar so, daß nicht mehr als 0,01 Salvarsan auf 3 ccm Lösungsmittel kommen. Genaue Neutralisation ist notwendig. Mit dieser Technik haben J. u. V. fast in allen Fällen die üblen Folgeerscheinungen, wie Fieber, Erbrechen usw. vermieden. Wenn die Salvarsanlösung länger steht, wird sie grünlich. Dies ist nicht auf Zersetzung des Mittels, sondern auf Oxydation zurückzuführen. Diese grünliche Lösung kann ohne Nachteil verwendet werden; die frische, gelbe ist freilich besser.

Was soll man von der sogenannten abortiven Behandlung der Syphilis nach HALLOPEAU halten? von QUEYRAT. QU. berichtet über einen Patienten, der wegen eines jungen Primäraffektes von HALLOPEAU mit Hektineinspritzungen in die Penishaut und mit Sublimatpillen nach seiner Vorschrift behandelt worden war. Vier Wochen nach Beendigung der Kur zeigte der Kranke Papeln im Munde, am Skrotum und Psoriasis palmaris et plantaris. QU. erwähnt noch einen ähnlichen Mißerfolg aus seiner Behandlung und erklärt daher die Bezeichnung der Methode als Abortivbehandlung als ungerechtfertigt. Der Verfasser demonstriert ferner einen Schnitt durch einen jungen Primäraffekt, in dem man eine Spirochäte in einem Blutgefäße sieht. Es ist also anzunehmen, daß die Spirochäten schon längst im Kreislaufe sind, wenn die lokale Behandlung einsetzt, so daß an eine Abortierung der Syphilis kaum zu denken ist.

Lebhafte Diskussion.

Entfernte Thrombose nach einer intravenösen Salvarsaninjektion, von GAUCHER und GOUGEROT. Die Verfasser haben in einer früheren Sitzung (s. Bull. 1911, S. 51) über verschiedene schädliche Folgen wie z. B. Venenthrombosen nach intramuskulären Salvarsaninjektionen berichtet. Ihre Mitteilungen fanden lebhaften Widerspruch, und es wurden andere Momente, sekundäre Infektion, technische Fehler, als schuldtragend bezeichnet. Nun berichten die Verf. aber über den von CLINGESTEIN (Derm. Ztschr. 1911, S. 1050) beschriebenen Fall einer Patientin, bei der einige Tage nach einer intravenösen Salvarsaninjektion am rechten Oberschenkel eine Thrombose mit folgender Abszedierung auftrat. Dieser Fall beweist die Richtigkeit der seinerseitigen Annahmen von GAUCHER und GOUGEROT.

Tödliche Meningo-Enzephalilis nach zwei intravenösen Salvarsaninjektionen, von F. BALZER und CONDAT. Ein kräftiger Patient bekam wegen Sklerosen am Kinne und Mundpapeln zweimal 0,3 Salvarsan intravenös. Drei Tage nach der zweiten Injektion traten Erregungszustände, Delirien, Muskelzittern und Anisokorie auf. Bald darauf Nackensteifigkeit und Urininkontinenz. Durch eine Lumbalpunktion und Darmentleerung Besserung. Nach einer zweiten Lumbalpunktion epileptiforme Krämpfe, die nach einigen Stunden wieder einsetzten. Schließlich am dritten Tage nach Beginn der nervösen Erscheinungen trat der Tod ein. Im Liquor und im Blute Arsen. Die Verfasser glauben an eine Prädisposition für nervöse Salvarsanschädigungen.

Digitized by Google

Sitzung vom 1. Februar 1912.

Lupus perino der Hände und Vorderarme, Lupus erythematosus vesico-pustulosus im Gesichte. Roseola non syphilitica am Stamme und Halse, von GAUCHER, GOUGEROT und SALIN. Die Kranke wurde einen Monat vor ihrer Aufnahme von einem fleckigen krustösen Ausschlage befallen, der als Syphilis angesprochen wurde. Sie zeigte folgende Veränderungen: Im Gesichte erythematös-vesikulöse Herde, teils mit Krusten bedeckt, teils nässend. Einige sind im Zentrum atrophisch. Auf den Händen bläuliche zyanotische, infiltrierte Knoten. Außerdem kleine punktierte, lebhaft rote, fleckige oder knötchenförmige Effloreszenzen. Dasselbe auf den Vorderarmen, wo die Knötchen aber teilweise vesikulös oder nekrotisch werden. Auf dem Stamme und Halse rote Flecke, die absolut einer spezifischen Roseola ähnlich schauen. Bei genauerer Betrachtung erscheinen aber zahlreiche mehr papulös. Diese Eigenschaft entwickelte sich auch deutlicher in der Folgezeit. Nach einigen Tagen veränderten alle Läsionen unter Fieber ihr Aussehen und nahmen das Bild des Lupus erythematosus acutus an.

Insuffizienz der Ovarien und „BASEDOW fruste" bei einer Heredosyphilitischen, von GAUCHER und SALIN. Bei der 24jährigen Patientin bestehen seit einem halben Jahre Zeichen von mangelhafter Funktion der Ovarien: Aussetzen der Menses, intellektuelle und vasomotorische Störungen, Aufschwellung des Gesichtes; ferner hat sie BASEDOW-Symptome: Tremor der Finger und Pulsbeschleunigung. Durch Abflachung der Nase, hohen Gaumen, Zahndeformitäten und positiven WASSERMANN charakterisiert sie sich als erbsyphilitisch.

Sogenannte hysterische Ulzeration der Schleimhaut, von GOUGEROT, PIETKIEWICZ und DETAPE. Eine Hysterika leidet seit neun Monaten öfters an Geschwüren im Munde. Gegenwärtig findet sich am harten Gaumen eine große, oberflächliche, von Epidermisfetzen umgebene Ulzeration. Es ließ sich nachweisen, daß der Gaumen völlig anästhetisch ist und daß sich die Patientin durch heiße Speisen verbrannte, wodurch eine Blase, die später platzte, entstand. Die Verfasser weisen eindringlich darauf hin, daß es keine idiopathischen hysterischen Ulzerationen gibt, sondern daß sich diese stets auf andere Weise erklären lassen.

Ein neuer Fall von bazillärer atropho-hypertrophischer Dermitis, von GOUGEROT. Eine 20jährige Kranke hatte an der rechten Wange einen Lupus vulgaris, der durch Finsen ausgeheilt ist. Zu gleicher Zeit traten an den Oberarmen atrophische Herde auf, die entweder gleich als solche erschienen oder auf einen dunkel- oder blauroten Fleck, oder auf ein Lupusknötchen folgten. Die Haut ist an den befallenen Stellen weiß, gefältelt, glänzend, verdünnt, durch die (nicht hypertrophische) Kutis vorgetrieben. Manchmal finden sich in den atrophischen Herden Lupusknötchen. Dieser Umstand spricht für die tuberkulöse Ätiologie der beschriebenen Atrophie.

Behandlung der Psoriasis und des Lichen planus mit medikamentösen Bädern, von F. BALZER, H. GODLEWSKI und CONDAT. Die Verfasser haben ihre früher beschriebenen Versuche mit Teer- und Chrysophansäurebädern fortgesetzt und stets ausgezeichnete Resultate erhalten. Nur haben sie die Dosis des Teeres auf 100—150 g, die der Chrysophansäure auf 3—5 g erhöht. Sie sehen keine üblen Begleiterscheinungen mit Ausnahme eines Erythems nach 5,0 Chrysophansäure.

Sie berichten ferner über einen Fall von Lichen planus, der jeder Behandlung trotzte, aber durch die erwähnte Bäderbehandlung fast völlig geheilt wurde.

Naevi miliares telangiectodes, von F. BALZER, BARCAT und H. GODLEWSKI. Bei dem Kranken traten im 7. Lebensjahre kleine Knötchen am Kinne auf, die inner-

Digitized by Google

halb einiger Jahre sich über Lippen, Wangen und Nase verbreiteten. Die Einzeleffloreszenz wird von einem intensiv roten, stecknadelkopfgroßen, mäßig erhabenen Knötchen gebildet.

Mit der Lupe sieht man in den Knötchen wie in deren Umgebung zahlreiche feine Gefäßerweiterungen.

Histologisch findet man in der Kutis eine enorme Vermehrung und Erweiterung der Lymph- und Blutkapillaren, deren Wand oft verdickt ist. Außerdem Vermehrung der Bindegewebszellen und Lymphozyteninfiltration. Die Epidermis ist verdünnt, die Retezapfen fehlen. Die Verfasser betrachten die Affektion als miliare haemo- und lymphangiomatöse Nävi, die dem Adenoma sebaceum nahestehen.

Eine technische Frage der Wassermannschen Reaktion, von Paris u. Desmoulière.

Um die Entwicklung von Verunreinigungen im Ambozeptor zu vermeiden, haben P. und D. statt Chlornatrium Fluornatrium genommen. Die Resultate waren identisch, doch wurde durch letzteres eine Verzögerung der Hämolyse bedingt.

Neue Studie über die Todesfälle nach Salvarsan, von Leredde u. Kuenemann. Verf. besprechen die letzten publizierten Todesfälle kritisch. Sie kommen zu dem Schlusse, daß bei minutiöser Technik und bei Beobachtung der Kontraindikationen von seiten des Herzens, Nervensystems usw. nach Salvarsaninjektionen nur ausnahmsweise Todesfälle vorkommen. Es handelt sich um akute meningeale Erscheinungen mit Krämpfe und Fieber, die durch die Einwirkung des Medikamentes auf die syphilitischen Herde verursacht sind. In schwächerem Maße sind solche auch bei den früheren Mitteln beobachtet worden. Sie treten besonders im Sekundärstadium auf. Um sie zu vermeiden, gibt man das erste Mal 0,2 Salvarsan und steigert diese Dose progressiv. Tritt jedoch Fieber über 38,5 ein, darf das Quantum nicht erhöht werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

La Pratica Dermo-Sifilopatica.

Jahrg. 8, 1911—12, Nr. 1.

Die neuesten und wichtigsten Fortschritte auf dem Gebiete der „Dermo-Syphilopathie“, von V. D'Amato. 1. Hautkrankheiten. Hier erwähnt der Verf. besonders die sog. methodische Abkratzung nach Brocq, die Stickstoffbestimmung im Urin, die Zellformel des Urins und Blutes, die Zuzählung des Erythema Bazin, des Lichen scrophulosorum und der „Erythrodermie exfoliatrice“ zu den Tuberkuliden, die Entdeckung der Sporotrichose und die Arbeiten Sabourauds über die Hautmykosen. In der Therapie sind alle Errungenschaften der Licht- und Röntgenbehandlung, das Radium, die Holländersche Heißluftapplikation, der Kohlensäureschnee und die Wrightsche Vakzine aufgezählt.

2. Venerische Krankheiten. Es kommen hier besonders die Entdeckung der Übertragbarkeit der Syphilis auf Tiere, die Auffindung der Spirochaeta pallida, die Wassermannsche Reaktion und die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis, in therapeutischer Beziehung besonders des Salvarsan in Betracht.

Aktuelle Betrachtungen über das Salvarsan, von V. D'Amato. Enthält nichts Neues.

Die Wassermannsche Reaktion in den Fällen plötzlicher Taubheit, von V. D'Amato. Ein 16jähriger junger Mann, der immer gesund gewesen war, wurde plötzlich von Taubheit des linken Ohres und Schwindel befallen. Es wurde eine Vestibularerkrankung festgestellt, welche monatelang jeder Therapie trotzte. Erst nach längerer

Digitized by Google

Zeit kam man auf den Verdacht, daß es sich um hereditäre Lues handeln könnte. Es fanden sich auch eine allgemeine Drüsenschwellung und eine positive Wassermannsche Reaktion, aber sonst absolut keine luetischen Symptome. Trotz energischer Kalomelinjektionsbehandlung wurde die Taubheit nicht gebessert.

Über einen Fall von Rhinosklerom, von Vinzenzo D'Amato-Rom. Es handelt sich um einen typischen Fall von Rhinosklerom von 20jähriger Dauer, der durch eine intensive Radiumbehandlung außerordentlich gut beeinflußt wurde. Es konnte aus exzidierten Stückchen ein Bazillus isoliert werden, der mit dem B. rhinoscleromatis von Frisch identifiziert wurde. Die mikroskopische Untersuchung zeigte ein intaktes Epithel, kleinzellige perivaskuläre Infiltration in der papillären Kutisschicht, welche in der subpapillären Schicht seltener ist, ferner das Bindegewebe voll von Fibroblasten in den verschiedensten Stadien mit Lymphozyten, Bindegewebs- und Plasmazellen, und viele neugebildete Kapillaren. In anderen Schnitten fand sich eine größere Anzahl Plasmazellen und Rhinosklerombazillen. A. Gunsett-Straßburg.

Folia Urologica.

Bd. VI, Nr. 8, Febr. 1912.

1. Experimentelle Studie über die Widerstandsfähigkeit Einnieriger gegen Gifte, von Hans Wildbolz-Bern. Sehr wichtige und hochinteressante Experimente an einer großen Zahl von Versuchstieren, hauptsächlich Kaninchen, die den Zweck haben, Fingerzeige zu geben, wie weit Nephrektomierte gegen Gift weniger widerstandsfähig sind als Individuen, die noch beide Nieren besitzen. Aus den Versuchen geht deutlich hervor, daß von einer allgemein verminderten Widerstandsfähigkeit der Einnierigen gegen Gift nicht gesprochen werden kann. Denn mehrere der geprüften Gifte (Urethan, Morphium und Diphtherietoxin) erzeugen bei einnierigen Tieren genau dieselbe, um nichts intensivere Giftwirkung als in gleicher Dosis bei Doppelnierigen. Bei anderen Giften hingegen war die Empfindlichkeit der einnierigen Tiere deutlich gesteigert, z. B. bei Medinal, Chloralhydrat und Atropin. Die erste Gruppe umschließt nur Gifte, die entweder gar nicht durch die Nieren ausgeschieden werden oder erst nach ihrer Umwandlung in physiologisch harnfähige Substanzen. In der zweiten Gruppe sind Gifte vereint, die alle ziemlich unverändert in den Urin übergehen. Deshalb darf aus diesen Versuchen der Schluß gezogen werden, daß der Verlust einer Niere die Widerstandsfähigkeit des Tieres nur vermindert gegen Gifte, die als solche durch die Nieren ausgeschieden werden, nicht aber gegen Gifte, die auf andere Weise für den Körper unschädlich gemacht werden (Ausscheidung in den Darm, Umsetzung im Körper in physiologische Substanzen usw.).

2. Über die Gegenwart der Harnsäure im Blute und eine neue Methode ihrer qualitativen und quantitativen Bestimmung, von Mario Giordano-Padua. Referierende Arbeit über Bekanntes. Angabe einer neuen Untersuchungsmethode, die nur im Laboratorium ausführbar ist.

3. Über polyzystische Nierentumoren, von Paul Steiner-Klausenburg. Bericht über drei Fälle, von denen der eine mit Nephrektomie, die beiden anderen mit Dekapsulation behandelt wurden. Der erste Kranke starb, die beiden anderen genasen, doch war der Einfluß des Eingriffs auf den Verlauf der Krankheit nicht günstig.

4. Klinisches und Pathologisch-Anatomisches über einen Fall von Gonokokken-Pyonephrosis, von Enciro Emilio Franco-Lissabon. Kasuistik.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Angioneurosen.

Zur Kasuistik des angioneurotischen Ödems, insbesondere des paroxysmalen angioneurotischen Lungenödems, von André Jeanneret. (Inaug.-Dissert., Zürich 1911.) In einer Arbeit in diesen Monatsheften schrieb im Jahre 1882 Quincke über akutes umschriebenes Hautödem. Es handelte sich dabei um Fälle, welche offenbar bisher dem Nesselfieber zugezählt wurden, welche aber kaum oder gar nicht den Charakter einer Urtikaria hatten. Es stellte sich aus späteren Veröffentlichungen heraus, daß das „Oedema cutis circumscriptum" (Quincke) nicht zu den Raritäten gehört. Die meisten Verfasser und sämtliche Modernen sind der Ansicht, daß es sich dabei um eine Angioneurose handelt. Es wird aber allgemein angenommen, daß die Affektion auch der einzige Ausdruck der nervösen Konstitution sein kann. Die gewöhnlichsten Lokalisationen dieser Ödeme sind die am meisten entblößten Stellen der Haut, welche am häufigsten den schädigenden Einflüssen der Witterung ausgesetzt sind. Ätiologie und Pathogenese des Übels sind wie diejenigen anderer vasomotorischer Neurosen immer noch nicht aufgeklärt. Eher als von ursächlichen Tatsachen darf von prädisponierenden Momenten gesprochen werden. Häufig wird eine hereditäre neuropathische Veranlagung verantwortlich gemacht. Ein Zusammenhang mit organischen Nervenkrankheiten scheint dadurch gegeben zu sein, daß das Quinckesche Ödem auch bei Patienten beobachtet wurde, welche an Poliomyelitis, Tabes, Lepra erkrankt waren. Mehrere Verfasser wollen toxischen und besonders infektiös-toxischen Prozessen im Magendarmkanal eine große Bedeutung beimessen. Schroffer Temperaturwechsel wird ganz besonders häufig als auslösendes Moment beschuldigt, wobei sowohl Hitze als große Kälte die schädigende Reizung verursachen. Die Untersuchungen der letzten Jahre konnten keine befriedigende Aufklärung der Pathogenese geben. Verf. teilt ausführlich einen typischen Fall von angioneurotischem Hautödem mit, dessen Details sich der Wiedergabe im Referat entziehen.

In der Literatur liegt eine Reihe von Beobachtungen vor, die das Vorkommen angioneurotischer Infiltrationen in tieferen Schichten und inneren Organen feststellen. Diese weniger bekannten Lokalisationen wurden am Periost des Stirnbeins, der Ulna, des Condylus externus humeri, der Rippen, an den Sehnen und Sehnenscheiden, an den Schleimhäuten des Mundes, des Pharynx, des Larynx, des Darmtraktus, sehr wahrscheinlich auch des Blasenhalses, schließlich auch im Lungengewebe als Krankheit sui generis anerkannt. Bei vielen dieser Fälle bestätigte eine individuelle oder zeitliche Koinzidenz, mit dem Auftreten eines paroxysmalen Ödems der Haut oder der sichtbaren Schleimhäute, die Annahme der vasomotorischen oder angioneurotischen Natur. In anderen Fällen müßte man wegen des paroxysmalen Auftretens, des flüchtigen Charakters der Anfälle, des Fehlens jeglicher lokalen oder allgemeinen entzündlichen Erscheinungen oder wegen der Unmöglichkeit, eine genügende Störung der Herztätigkeit, der nephritische, toxische oder infektiös-toxische Ätiologie ausfindig zu machen, jede andere Ursache außer einer trophischen Störung ausschließen.

Das Quinckesche Ödem tritt bei Wiederkehr der Anfälle gewöhnlich am gleichen Orte auf, aber nicht immer. Verf. gibt die außerordentlich interessante und einzig dastehende Krankengeschichte des Falles von Diethelm (Dissertation, Zürich 1905: über akutes universelles Ödem) wieder. In dem geschilderten Falle handelte es sich um ein universelles angioneurotisches Ödem. Andere Ödemarten, welche ebenfalls in Frage kommen könnten, wurden mit Sicherheit ausgeschlossen wegen des absoluten Fehlens

Digitized by Google

eines Zusammenhanges mit der Einnahme gewisser Speisen und Medikamente, und weil bei sehr zahlreichen Untersuchungen des Urins beim Ausbruch und während des Anfalles nie Eiweiß und nie mikroskopische Formelemente nachgewiesen werden konnten.

Als seltenere Lokalisation des angioneurotischen Ödems wurde das paroxysmale Lungenödem aufgeführt. Verf. gibt einen kurzen historischen Überblick über diese Affektion. Er beschreibt außerdem einige derartige Fälle. Bei den beiden letzten Fällen von angioneurotischem Lungenödem fehlt das Vorkommen eines typischen Quinckeschen Hautödems, welches bei früher publizierten Beobachtungen die Annahme einer vasomotorisch, trophischen Natur als absolut einwandsfrei hatte erscheinen lassen. Eine Angioneurose aber, welche unter dem Bilde einer ödematösen Infiltration in tieferen Organen auftritt, braucht durchaus nicht mit einer Angioneurose der Haut verbunden zu sein.

Die Therapie der angioneurotischen Ödeme (verschiedener Lokalisationen) ist eine symptomatische und meist ohne bleibenden Erfolg. Die Prognose hängt von der Lokalisation ab, kann aber bei einer Lokalisation in den Luftwegen sehr verhängnisvoll werden.

Fritz Loeb-München.

Elephantiasis non-parasitica, von W. G. Thompson-New York. (Med. Record, 29. Juli 1911.) Bericht über vier einschlägige Fälle. Der Verfasser hält die Frage für unentschieden, ob eine primäre Lymphstauung oder Lymphödem durch Irritation die Hyperplasie zur Folge hat, oder ob ein ursprünglich entzündlicher Prozeß mit Bildung von Thromben und Lymphangiektasien von Ödem gefolgt wird.

W. Lehmann-Stettin.

Ein seltener Fall von Purpura haemorrhagica, von G. Stümpke-Hannover-Linden. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 23.) In diesem Falle eines 18jährigen Arbeiters handelte es sich um eine schwere Purpura haemorrhagica mit profusen oberflächlichen und tiefen Hautblutungen und schweren, zeitweise bedrohlichen Schleimhautsugillationen; außerdem traten Blutungen und entzündliche Erscheinungen in Gelenken, Nieren und Bronchien auf. Arthur Schucht-Danzig.

Ein schwerer Fall von Purpura haemorrhagica, von L. Wolfer-Görz. (Med. Klinik, 1911, Nr. 42.) In dem hier eingehend mitgeteilten Falle traten ungewöhnlich schwere Erscheinungen auf, wie Blutungen in Blase und Darm. Verfasser glaubt, daß die Erkrankung in diesem Falle vielleicht durch den Influenzabazillus hervorgerufen sei, ohne dieses indessen zu beweisen und teilt den Fall unter dem Gesichtspunkt mit, daß wohl häufiger infektiöse Ursachen für die Purpura haemorrhagica in Betracht kommen.

Arthur Schucht-Danzig.

Purpura haemorrhagica nebst Bericht über einen atypischen Fall, von A. C. Matthews und H. P. Carpenter-Poughkeepsie. (Amer. Journ. med. scien., Juli 1911.) Ein 35jähriger, wegen Dementia praecox in der Anstalt untergebrachter Mann, erkrankte plötzlich mit heftigen Attacken von Erbrechen und starken Blutungen im Magen und Darmkanal. Erst am 16. Krankheitstage, als Patient sich in einem sehr kollabierten Zustand befand, stellten sich Purpuraflecke, die bis zu 0,3 cm groß waren, zunächst an den Knien und Ellenbogen und dann auch vereinzelt am Rumpfe ein. Gleichzeitig besserte sich unter Darreichung von Kalziumchlorid und späterhin von Kalziumlaktat das Befinden bis zur völligen Wiederherstellung. Die Untersuchung des Blutes auf der Höhe der Krankheit ergab eine starke Verminderung der Blutplättchen und eine mäßige Herabsetzung der roten Blutkörperchen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Nervöse und abdominelle Störungen bei Purpura. Ihre gemeinsame Ursache: Ödem, von A. Bousrez. (La Clinique 1911, Nr. 43.) Bei Purpura treten oft ganz

Digitized by Google

plötzlich schwere nervöse Erscheinungen auf: Kopfschmerzen, Erbrechen, Konvulsionen, Delirien, Lähmungen und Koma. Dabei besteht nur geringes Fieber, die Störungen gehen rasch zurück und führen nie zum Tode. B. nimmt an, daß diese und die beobachteten abdominellen Erscheinungen durch ein flüchtiges Ödem verursacht werden, wie ja auch auf der Haut solche Ödeme bei Purpura beobachtet werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über die abdominellen Erscheinungen im Verlaufe der Purpura, von A. Lavallée. (Thèse de Paris, 1911.) Es sind in der Literatur eine Reihe von Beobachtungen niedergelegt, welche es deutlich machen, daß im Verlaufe einer Purpuraerkrankung eine Anzahl mehr oder weniger schwerer abdomineller Zufälle eintreten können. Lavallée hat 19 derartige Fälle sammeln können, über die er in vorliegender Arbeit berichtet. Die intestinalen Komplikationen der Purpura können verschiedener Art sein: bald handelt es sich um schmerzhafte Krisen, die den bei Bleikolik beobachteten sehr ähneln, oder denen bei Leberkolik, bei Appendizitis, sogar denen bei Darmokklusion und Darminvagination. Die charakteristische Trias bilden: Schmerzen, Erbrechen und blutige Stühle. Man kann gelegentlich echte intestinale Blutungen beobachten, ferner peritoneale Reizerscheinungen und sogar (Zimmermann, Nobécourt) Perforationen. Daß die Invagination keine allzu seltene Komplikation ist, beweisen die von Sutherland, Zauger, Lett, Mills und Robinson mitgeteilten Befunde. Die dabei notwendige Therapie ist meist erfolgreich. Die Purpura-Eruptionen können vor, während und nach den abdominellen Komplikationen zur Beobachtung gelangen. Die Differentialdiagnose dreht sich im wesentlichen um Appendizitis und Darmverschluß. Die Prognose ist nicht allzu schlecht: 21% Todesfälle. Über die Ätiologie und Pathogenese dieser Komplikationen gibt die vorliegende Arbeit wenig Aufschluß. Es handelt sich wohl bald um nervöse spastische Erscheinungen im Abdomen, bald um Hämorrhagien mit Nekrose und konsekutiver Perforation oder Invagination. Fritz Loeb-München.

Ein Fall von primärer Purpura mit dem Henochschen abdominalen Symptomenkomplex, von F. Rossi. (Morgagni, 23. Sept. 1911.) Mitteilung eines Falles von Purpura bei einem 7jährigen Kinde, bei welchem plötzlich unter heftigen Kolikschmerzen blutige Stuhlentleerungen auftraten. Diese Darmerscheinungen wiederholten sich im Laufe der mehrere Monate dauernden Erkrankung viermal. Oft kam auch Hämaturie hinzu. Ausgang der Erkrankung in Heilung. Gunsett-Straßburg.

Ein unklarer Fall, ähnlich Henochs Purpura, von Bertram C. A. Leeper. (Dublin Journ., 1911, S. 420.) Eine 20jähr. Frau erkrankte an Purpura, zu der sich Erscheinungen von seiten der Lunge gesellten, die auf eine Lobärpneumonie schließen ließen. Diese verschwanden jedoch nach 36 Stunden, kamen wieder, um ebenso rasch zu vergehen. Die Kranke starb plötzlich am 35. Tage nach Beginn. Die Lungenerscheinungen dürften wohl durch eine Blutung in die Lungenalveolen bedingt gewesen sein.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die verschiedenen Formen von Purpura, von R. Lutembacher. (Le monde méd., 5. Dezember 1911.) Der Verf. teilt die purpuraartigen Erkrankungen in 3 Abteilungen ein und unterscheidet 1. die exanthematische, rheumatoide Purpura, 2. die infektiöse Purpura, 3. die Werlhofsche Krankheit. Alle 3 Arten werden kurz besprochen, ohne daß neue Tatsachen mitgeteilt würden. Gunsett-Straßburg.

Über eigentümliche herdförmige Degenerationen der Thyreoidea-Epithelien bei Purpura eines Neonatus, von Charles A. Pettavel-Bern. (Virchows Arch., Bd. 206, Heft 1.) In einem Fall von Purpura eines Neugeborenen fanden sich eigentümliche Veränderungen der Thyreoidea, die herdweise auftraten und zu Degeneration

Digitized by Google

von Zellen führten. Das herdweise Auftreten legt die Gedanken an einen Zusammenhang dieser Veränderungen mit der Purpura nahe: gewisse Zellen der Thyreoidea werden durch eine im Blut befindliche Noxe geschädigt, lösen sich los und gehen zugrunde. Dagegen spricht aber das topographische Verhalten dieser Zellen; namentlich die sehr häufig zu konstatierende dichte Lagerung neben ganz unveränderten normalen Epithelien macht es wahrscheinlich, daß die schädliche Substanz in einem körperlichen Gebilde zu suchen ist. Ob dies etwa Bakterien oder parasitäre Organismen sind, bleibt unbestimmt.

Schourp-Danzig.

Purpura durch Venenstauung hervorgerufen, von E. Weill und J. Chalier. (Lyon méd., 1911, S. 936.) Bei den verschiedenen Purpuraerkrankungen kann man durch Anlegen einer Kompressionsbinde am Arm oder Beine eine über das Glied ausgebreitete Eruption von Hämorrhagien hervorrufen, die ungefähr eine Woche bestehen. Dies Zeichen hat sowohl einen prognostischen Wert, indem es nur bei schweren Fällen vorkommt oder noch nicht vollendete Heilung bei Abwesenheit klinischer Erscheinungen anzeigt, als auch einen diagnostischen, da es bei unklaren Gelenkerkrankungen noch vor Auftreten von Hämorrhagien den wahren Charakter des Leidens zeigt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Purpura haemorrhagica nach Fibrolysininjektionen, von Kurt Friedmann-Posen. (Ther. d. Gegenw., Mai 1911.) Bei einer Frau mit chronischem Gelenkrheumatismus traten Haut- und Schleimhautblutungen ein, nachdem schon zu wiederholten Malen Fibrolysin injiziert worden war. Der Höhepunkt der Intoxikation war in zwei Tagen erreicht. Dabei bestand schwere Abgeschlagenheit der Kranken. Verf. glaubt, daß es sich um Anaphylaxie handele und möchte Tierversuche nach dieser Richtung hin anregen; in praktischer Hinsicht rät er zur Vorsicht beim Gebrauch des Fibrolysins.

Arthur Schucht-Danzig.

Behandlung der kongenitalen Hämophilie und der Purpura mit Injektionen von Pepton Witte, von Nobécourt und Tixier. (Gaz. des hôp., 1911, Nr. 6). Die Verfasser verwenden folgende Lösung:

Pepton Witte	5 g
Kochsalz	0,5 g
Aqua destillata	100 g

Die Lösung ist kalt trübe, beim Aufkochen fallen dicke Flocken aus, die heiß abfiltriert werden. Die so gewonnene Flüssigkeit wird dann bei 120° sterilisiert. Sie kann subkutan und per Rektum angewandt werden. Subkutan werden 10—20 ccm sogar 6 bis 8jährigen Kindern injiziert. Doch sind dies große Dosen. Gewöhnlich gaben die Verfasser bei 9—10jährigen Kindern 3—4 ccm. Bei Hämophilie werden Serien von 3—4 Injektionen (alle 2—3 Tage eine Injektion, nach jeder Serie ein Intervall von 3—4 Wochen) verabfolgt. Bei Purpura werden die Injektionen alle Tage oder alle 2 Tage je nach der Indikation wiederholt. 3—4 sind im allgemeinen genügend. Wenn nötig, fängt man später wieder an. Die intrarektalen Injektionen werden in der Dosis von 10 ccm bei Kindern, von 20 bei Erwachsenen gegeben, sind aber nur wirksam als Fortsetzung der subkutanen, nicht bei Beginn der Behandlung. Die Injektionen sind keineswegs frei von Nebenwirkungen: der lokale Schmerz ist oft recht erheblich, auch Temperatursteigerungen und Schüttelfröste; sogar generalisierte Erytheme kommen vor. Hingegen sind alle diese Erscheinungen sehr leichter Natur und schnell vorübergehend. Die Verfasser haben diese Therapie mit gutem Erfolg bei einem Fall von familiärer Hämophilie und einer schweren Purpura in Anwendung gebracht. Gunsett-Straßburg.

Infantiler Skorbut im Beginn, von A. Broca. (Presse méd., 1911, Nr. 59.) Der Verf. empfiehlt, bei allen bei künstlich ernährten Säuglingen auftretenden Knochen-

Digitized by Google

schmerzen, die an rachitische Fraktur, Osteomyelitis oder Diaphysentuberkulose erinnern, an Skorbut zu denken und auch die leichteste Gingivalveränderung zu beachten.

Gunsett-Straßburg.

Über Salvarsanbehandlung bei Skorbut, von M. Tuschinsky und G. Iwaschenzow-St. Petersburg. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 50.) Verfasser haben im Obuchow-Krankenhaus acht Fälle von Skorbut mit intravenösen Injektionen von Salvarsan behandelt. Von diesen Patienten waren sieben als schwere Fälle zu bezeichnen, und nur einer war leicht erkrankt. Es wurden meistens nur kleine Mengen, 0,2—0,3 verwendet, aber die Injektion wurde gewöhnlich einige Male wiederholt, so daß der einzelne Patient im ganzen meistens 0,6 und bis zu 1,1 erhielt. Als Wirkung ihrer Behandlung konstatierten Verfasser eine Besserung des Allgemeinbefindens, schnelle Rückbildung der Krankheitssymptome in der Mundhöhle und das Sinken der Zahl der in derselben vorhandenen Spirochäten. Eine deutliche spezifische Wirkung des Salvarsans auf die übrigen Skorbuterscheinungen konnten sie nicht feststellen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Stauungsblutungen in der Haut (zur Kritik des Rumpel-Leedeschen Phänomens), von F. W. Strauch-Halle. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 33.) Aus einer Beobachtungsreihe von 160 gesunden und 180 verschiedenartig kranken Individuen entnimmt Verf. das Resultat, daß dieses Phänomen für Scharlach nicht pathognostisch sei, zumal beim männlichen Geschlecht; doch erkennt er an, daß der negative Ausfall gegen die Diagnose Scharlach spricht. Von den 160 Gesunden wiesen 45% nach 5—20minutenlanger Stauung des Oberarms Blutungen in der Ellenbeuge auf. Das männliche Geschlecht im Alter von 8—14 Jahren neigte mehr zu Hämorrhagien als das weibliche gleichen Alters. Von den 180 Kranken reagierten 59% positiv. Außer bei Scharlach fand sich ein positives Ergebnis stets bei Masern und Blutkrankheiten, häufig bei Gelenkrheumatismus und bei den mit hohem Blutdruck verbundenen Herz- und Nierenaffektionen, sowie auch bei den hochfiebernden Patienten, außer bei Diphtherie und Erysipel.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Hämatologische Untersuchungen in einem Fall von Werlhof, von S. Maggiore-Palermo. (Riforma med., 1911, Nr. 30.) Es handelt sich um ein 5jähriges Kind, daß seit einem Jahre an rezidiverendem Werlhof leidet. Aus den Untersuchungen ergab sich, daß das spezifische Gewicht des Blutes vermehrt ist, ebenso der kryoskopische Index und die Viskosität. Hingegen war die Zeit, die das Blut zum Koagulieren brauchte, ebenso wie beim Normalen.

Gunsett-Straßburg.

Über Ertaubung nach Morbus Werlhofii, von Güttich. (Gesellsch. d. Charitéärzte, Sitzung vom 6. Juli 1911. Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 35.) Obwohl Blutungen des Labyrinths an sich keine Seltenheiten sind, kommen sie bei Morbus maculosus Werlhofii sehr selten vor. Den zwei bisher bekannten Fällen (Sugár und Citelli) wird ein dritter angereiht, welcher mit Ohrensausen, Schwindel und zeitweise unstillbarem Erbrechen begann. Es bestand großer Schwindel und Taubheit.

Arthur Schucht-Danzig.

Akute Exantheme.

Ein Vortrag über einige Momente von klinischer Bedeutung in bezug auf die exanthematischen Erkrankungen, von S. Phillips-London. (Lancet, 27. Mai 1911.) Aus diesem, wie die Überschrift auch besagt, in erster Linie für den Internisten berechneten Vortrag, mögen folgende Einzelheiten als von allgemeinem Interesse hervor-

Digitized by Google

gehoben werden: Die Mortalität bei Scharlach betrug im Jahrzehnt 1861—1870 pro 100000 Lebende 89 Fälle; im Jahre 1908 dagegen nur 8. Masern sind nach den englischen Statistiken dreimal so oft tödlich wie Scharlach. Eine Verwechslung von Pityriasis rosea und Masern hat Verf. schon mindestens dreimal als Leiter des Isolirungshospitals in wenigen Jahren erlebt. Auch wurde gar nicht ganz selten Masern als Pocken im Anfangsstadium diagnostiziert. Als das zuverlässigste diagnostische Moment im Anfangsstadium von Morbilli sind die Koplikschen Flecke zu bezeichnen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Ohrenkomplikationen der akuten Exantheme, von Truman Laurance Saunders-New York. (New York med. Journ., 21. Okt. 1911.) Entzündung des Mittelohrs kommt im Verlaufe von Scharlach, Masern, Diphtherie und Typhus vor und kann klinisch in zwei Hauptklassen: 1. seröse oder katarrhalische und 2. eitrige Entzündung eingeteilt werden. S. möchte in dieser kurzen Arbeit besonders auf jene Fälle von Mittelohrentzündung, welche Scharlach und Diphtherie begleiten und die häufigsten und schwersten Formen dieser Komplikationen darstellen, die Aufmerksamkeit lenken. Nur frühzeitige Parazentese des Trommelfells und, falls es damit nicht gelingt, den Eiterungsprozeß aufzuhalten, Operation am Processus mastoideus können schwere Folgen und spätere Taubheit verhüten. Vernachlässigte Fälle oder verschobene Operationen können auch tödliche Folgen durch Meningitis, Sinustrombose, septische Pneumonie oder allgemeine Pyämie haben. Die Otitisfälle von Masern sind gewöhnlich weniger schwer, aber wenn die Erkrankung auf den Processus mastoideus übergeht, so nimmt sie eine Schwere an, welche die Prognose trotz frühzeitiger Operation zu einer schlechten macht; auch muß man daran denken, daß Masernotitis nicht nur im Frühstadium der Krankheit, sondern auch während der Abschuppung sich einstellt. S. möchte daher bei dem oft so schleichenden Auftreten dieser Ohrkomplikationen daran erinnern, täglich Ohruntersuchungen vorzunehmen und, wenn nötig, sofort zu inzidieren. Stern-München.

Der experimentelle Scharlach, von A. Gouget. (Presse méd., 1911, Nr. 84.) Ein Bericht über neuere Arbeiten auf dem Gebiet der experimentellen Scharlachforschung. Es werden folgende Arbeiten erwähnt:

1. Scharlachimpfung auf niedere Affen, von J. Cautacuzène. (Comptes rend. de la soc. de biol., 17. März 1911.) Vier Impfungen mit positivem Erfolg.

2. Experimentelle Untersuchungen über die Scharlachätiologie, von G. Bernhardt. (Dtsch. med. Wochenschr., 27. April 1911.) Drei positive Übertragungen auf Makakus und Zerkopithekus.

3. Versuche der Scharlachübertragung auf den Schimpansen, von Landsteiner, Levaditi und Prasek. (Soc. de Biol., 29. April 1911 und Acad. d. sciences, 1. Mai 1911.) Von fünf Übertragungen scheint nur eine von Erfolg gewesen zu sein.

4. Versuche der Scharlachübertragung auf Affen, von L. Hektoen und G. H. Weaver (Journ. amer. med. assoc., 17. Juni 1911.) Die Versuche waren von sehr zweifelhaftem Erfolge begleitet. Gunsett-Straßburg.

Zytologische Blutuntersuchungen bei Scharlach, von O. Roth-Zürich. (Med. Klinik, 1911, Nr. 17.) Die Leukozytenzahlen sind niemals auffällig hoch, manchmal kaum vermehrt, bei Erwachsenen sind sie selten mehr als 10000 pro ccm, bei Kindern aber bis zu 30000. Ein ähnlicher Unterschied zwischen Kindern und Erwachsenen besteht auch im Verhalten der eosinophilen Zellen; es zeigt sich bei Scharlach stets eine Eosinophilie, welche nicht mit den Hauterscheinungen parallel geht. Es kann jedoch Eosinophilie ganz fehlen, und dieses wird gerade in sehr schweren Fällen von Scharlach beobachtet. Verfasser zieht hierfür ursächlich eine schwere Mischinfektion in Betracht.

Digitized by Google

Die neutrophilen Leukozyten sind besonders in den ersten drei Tagen erheblich vermehrt.

Ein typisches Verhalten zeigen meist die Lymphozyten, welche, meist vom Ende der zweiten Woche an, auffällig hohe Werte erreichen können (bis ca. 50% der Gesamtleukozytenzahl): „postinfektiöse Lymphozytose". Letztere läßt sich zusammen mit der Eosinophilie vom Krankenhausarzt zu einer retrospektiven Diagnose verwerten. Ferner läßt sich durch Zählung der weißen Blutkörperchen die Differentialdiagnose gegen die mit Leukopenie einhergehenden Masern stellen. Arthur Schucht-Danzig.

Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach, von Prof. Döhle-Kiel. (Centralbl. f. Bakteriol., Bd. 61, H. 12.) D. fand bei der Untersuchung von Blutausstrichen Scharlachkranker seit ca. einem Jahr in einigen 30 Fällen fast regelmäßig Einschlüsse in Leukozyten, wie sie bei Scharlach noch nicht beschrieben worden sind. Die Zahl der Leukozyten, die solche Einschlüsse zeigen, ist eine wechselnde; in dem einen Falle finden sie sich sehr reichlich, in dem anderen sehr spärlich; ebenso ist es mit der Zahl der Einschlüsse, deren man in der Regel nur 1 oder 2, manchmal auch mehrere, bis zu 6, in einer Zelle sieht. Die Form der Einschlüsse ist eine verschiedene: zum Teil sind es rundliche oder ovale, zum Teil größere stäbchenförmige Gebilde und endlich auch birnförmige Körper, die an den Enden hier und da feinste fadenförimge Fortsätze haben. Am geeignetsten zum Nachweise dieser Einschlüsse scheint die Zeit kurz nach dem Ausbruch des Exanthems (2.—3. Tag) zu sein. Durch Übertragung von Blut Scharlachkranker auf weiße Mäuse, Kaninchen, Schweine ist es nicht gelungen, diese Einschlüsse bei den Tieren zu erzielen. Stern-München.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über die antagonistische Wirkung photodynamischer Sensibilisatoren auf ultraviolettes Licht, von Alfred Perutz-Wien. (Wien. klin. Wochenschr. 1912, Nr. 2.) Ein gleicher photodynamischer Sensibilisator wie die fluoreszierenden Substanzen (Tappeiner) ist Hämatoporphyrin; die Einwirkung von Licht auf Kaninchen, die durch Sulfonalverfütterung hämatoporphyrinurisch geworden, bringt schwere Schädigung der Haut zustande. Werden solchen Kaninchen fluoreszierende Substanzen injiziert, so können diese synergistisch (Eosin) oder antagonistisch (Chininbisulfat) wirken, d. h. Eosin beschleunigt die Sensibilisierung des Hämatoporphyrins mit ultravioletten Strahlen, während Chininbisulfat, sowohl intern wie extern appliziert, die ultravioletten Strahlen absorbiert, ehe sie das Hämatoporphyrin beeinflussen können. W. Lehmann-Stettin.

Verschiedenes.

Dr. Frederick S. Burns und Dr. Harvey P. Towle wurden zu Instruktoren für Dermatologie an der Harvard Medical School zu Cambridge, Mass. ernannt.

Dr. Howard Fox wurde die Stelle eines konsultierenden Arztes für Hautkrankheiten am Harlem Hospital zu New York übertragen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

13. April 1912 | Nr. 15 | Band 54

Xanthoma tuberosum multiplex[1]).

Von

S. Pollitzer und Udo J. Wile, New York.

(Übersetzt von A. Philippi, Bad Salzschlirf.)

(Mit 2 farbigen Tafeln.)

Längere Zeit hindurch, bis vor etwa 2 Jahren, haben sich die Beiträge zum Studium der Xanthome fast ausschließlich auf das klinische Gebiet beschränkt, und es waren infolgedessen damals nur geringe tatsächliche Fortschritte in unserer Kenntnis dieser interessanten Gruppe von Dermatosen zu verzeichnen. Dagegen sind in den letzten paar Jahren erhebliche Fortschritte in bezug auf unsere Kenntnisse von der Chemie der Fettkörper, welche eine so große Rolle in der Struktur der Xanthome spielen, erzielt worden, und der eine von uns[2]) hat vor kurzem erst nachgewiesen, daß das sogen. Xanthoma palpebrarum durch die Entartung von Muskelfasern entsteht und aus histologischen sowohl wie klinischen Gründen scharf zu unterscheiden ist von der tuberösen Form, mit welcher es bisher als eine einfache Formvariante zusammengestellt worden ist. Diese irrige Auffassung durchzieht die gesamte ältere Literatur und beeinträchtigt auch in gewissem Grade den Wert von manchen neueren Arbeiten über das Thema der Xanthome. Die Läsionen des Xanthoma tuberosum sind nur sehr selten am Gesicht lokalisiert, doch kommt dies ausnahmsweise allerdings auch vor, ein Umstand, der ebenfalls zur Steigerung der Verwirrung beigetragen hat. Es erschien deshalb erwünscht, bei gegebener Gelegenheit das Studium der Pathologie des Xanthoma tuberosum unter Berücksichtigung der neueren Forschungen wieder aufzunehmen.

Es standen uns für eine derartige Untersuchung Präparate von mehreren im Laufe der letzten 20 Jahre beobachteten Fällen zur Verfügung nebst Material, welches wir durch Biopsie von einem erst kürzlich zur Behandlung gelangten Falle gewonnen hatten.

---

[1]) Vortrag, gehalten bei der 35. Jahresversammlung der American Dermatological Association, Boston, Mass., 23.—25. Mai 1911.

[2]) Pollitzer, Unnas Festschrift und Journ. of cutan. dis., Dez. 1910.

Digitized by Google

Der betreffende Patient war 32 Jahre alt, aus Ungarn gebürtig und, wie eine sorgfältige Aufnahme ergab, frei von allen Abnormitäten an den inneren Organen. Die Anamnese gestattete, Ikterus bei unserem Patienten bestimmt auszuschließen, und der Urin war zuckerfrei. Sein Hautleiden, das ihm, abgesehen von der kosmetischen Beeinträchtigung, keinerlei Beschwerden verursachte, war in gewissem Grade schon von dem frühesten Kindesalter an in Gestalt von zwei Knötchen vorhanden gewesen, von denen das eine an dem hinteren Teil der Außenfläche des linken Enkels, das andere auf der Mitte der Hinterfläche des linken Oberschenkels lokalisiert war. Diese Knoten haben zurzeit die Größe einer kleinen Haselnuß erreicht; sie haben sich nach Aussage des Patienten seit vielen Jahren durchaus nicht verändert. Vor 6 Jahren traten an der Vorder- resp. Seitenfläche der Knie kleine gelbliche Flecke in größerer Anzahl hervor; sie nahmen allmählich an Größe zu und präsentieren sich jetzt als erhabene, runde, harte Papeln von der Durchschnittsgröße einer Erbse. Binnen einem Jahre von diesem Zeitpunkte an waren Aussaaten von ähnlichen Läsionen am Gesäß, an den Ellbogen und an den Händen erschienen. Vor 2 Jahren entwickelten sich analoge Gebilde an den Handgelenken und an den Seitenflächen der Finger, während gelbliche Flecke an den Handtellern und zumeist längs den normalen Hautfalten sich hinziehend entstanden. Ungefähr um dieselbe Zeit erschienen auch harte Knötchen an den Handrücken und in der Gegend der Metakarpophalangealgelenke. Diese letzteren Läsionen unterschieden sich von allen den anderen Tumoren, insofern als die sie bedeckende Haut keine Änderung in der Färbung darbot. Die genauere Untersuchung ergab, daß sie in den Sehnenscheiden der Streckmuskeln gelegen waren.

Es dürfte überflüssig sein, in eine detaillierte klinische Beschreibung der Läsionen sich einzulassen. Der Patient ist bei der (im Dezember vorigen Jahres in New York abgehaltenen) klinischen Sitzung unserer Gesellschaft vorgestellt worden und repräsentiert ein typisches Beispiel des Xanthoma tuberosum. Obwohl die meisten Tumoren ungefähr von der Größe einer Erbse waren, fand sich am unteren Ende der Dorsalregion eine seit Jahren stationär gebliebene Gruppe von Knötchen, welche noch nicht einmal die Hälfte dieser Ausdehnung erreicht hatten, während über dem Olekranon beiderseits sich zusammengesetzte Gewächse von dem Umfang einer großen Walnuß vorfanden. Am Oberarm wurden zwei minimale gelbe Läsionen von etwa 1 mm Durchmesser konstatiert, welche der Patient erst 3 oder 4 Wochen zuvor bemerkt zu haben angab.

Zu histologischen Zwecken wurden Geschwülste von verschiedenen Größenverhältnissen exzidiert; die kleinsten waren die zwei minimalen Papeln am Oberarm, und wir glauben annehmen zu dürfen, daß diese

Digitized by Google

Läsionen vielleicht die allerfrühesten Entwicklungsstadien des Xanthoms, die jemals wissenschaftlich untersucht worden sind, repräsentieren.

Unter dem Mikroskop findet man bei schwacher Vergrößerung den größeren Teil des von diesen kleinsten Läsionen hergestellten Schnittes in normaler Verfassung; die einzige Veränderung beschränkt sich auf eine Anhäufung von Zellen in der unmittelbaren Umgebung eines verzweigten Blutgefäßes der subpapillaren Schicht. Mit einer etwas stärkeren Vergrößerung nimmt man an einigen Präparaten auch geringe Veränderungen wahr in der Nähe der Kapillaren bei einigen Papillen an den äußeren Teilen des Präparates. Bei Anwendung einer noch stärkeren Vergrößerung sieht man, daß das abnorm veränderte Gewebe um die Blutgefäße aus Zellen besteht, welche von ovaler oder rhombischer Gestalt und etwas größer als Endothelzellen sind und ein fein granuliertes, blaß sich färbendes Protoplasma besitzen, das in vielen Fällen bei Alkoholpräparaten auch Bläschenbildung, scheinbar oder wirklich, aufweist. Der Zellkern ist zentral gelagert, färbt sich gut und besitzt oft mehrere Kernkörperchen. Gelegentlich enthält auch eine Zelle zwei oder mehrere Kerne. In kleiner Anzahl finden sich ähnliche Zellen auch in der unmittelbaren Nachbarschaft der Kapillaren und der Lymphräume der Papillen.

Bei den mit Osmiumsäure fixierten Schnitten lassen viele der Zellen der größeren zum Gebiete des subpapillaren Blutgefäßes gehörigen Gruppe noch feine schwarze Partikelchen erkennen, welche stellenweise so dicht gehäuft sind, daß die Zelle fast vollständig verdeckt wird. Ähnliche feine schwarze Partikel sind auch in den Lymphräumen zwischen den Zellen sichtbar, sowie in mäßiger Menge frei in den subepidermidalen Lymphräumen, in den die Kapillaren der Papillen umgebenden Zellen, im Endothel der Kapillaren und hier und dort auch in den basalen Epithelialzellen des Rete (Figuren 1 und 2).

Um zu rekapitulieren: wir finden an den frühesten Läsionen der Xanthomgeschwülste eine Zellwucherung in der unmittelbaren Umgebung der papillaren und subpapillaren Blutgefäße und daneben in den perivaskulären und interzellulären Lymphräumen eine Infiltration mit fettiger Substanz, welche in erheblichem Grade auch in den neugebildeten Zellen enthalten ist sowie in dem Endothel der Kapillaren und an einzelnen Stellen auch in der Basalschicht der Epidermis. Diese neugebildeten Zellen repräsentieren die kleinen oder jungen „Xanthomazellen".

Bei den Läsionen von Mittelgröße zeigt der mikroskopische Schnitt ein zusammengesetztes Bild, das aus Xanthomazellen, Fibroblasten und Bindegewebe besteht. In diesen Präparaten hat die Hyperplasie der Xanthomazellen solche Dimensionen erreicht, daß eine direkte Beziehung zu den Blutgefäßen sich nicht mehr deutlich nachweisen läßt. Die Zellen

Digitized by Google

selbst sind meistens größer als die in den Schnitten von den früheren Läsionen vorhandenen. Viele von ihnen enthalten zwei Kerne oder mehr, und hier und dort sieht man große Zellen, welche Kerne in erheblicher Anzahl enthalten — die Xanthomriesenzellen.

An Osmiumsäurepräparaten und an den mit Sudan 3 gefärbten Schnitten erkennt man, daß diese Zellen fast vollständig mit einer Fettsubstanz angefüllt sind, während die Extrahierung dieser Substanz bei Alkoholpräparaten den Zellen das retikuläre Aussehen verleiht, welches dem Zytoplasma einer „Schaumzelle" eigen ist.

In dem diese Herde von Xanthomzellen umgebenden Bindegewebe liegen Fibroblasten in großer Zahl, wodurch ein mit Fibrosarkom leicht zu verwechselndes Bild bewirkt wird. An den mit Osmiumsäure oder Sudan 3 gefärbten Schnitten konstatiert man, daß die Fibroblasten mit Fett, teils in feinen Tröpfchen, teils in gröberen Klumpen angefüllt sind; dasselbe liegt zu beiden Seiten des Zellkernes und läuft zu einer feinen Spitze aus, den spindelförmigen Konturen der Zelle entsprechend (Fig. 8).

Die größten und ältesten Gewächse dagegen zeigen unterm Mikroskop ein ganz anderes Bild; beim ersten Ansehen hat man glatt den Eindruck eines Fibroms, denn die Xanthomzellen sind im Vergleich zu der Masse des fibrösen Gewebes auf eine ganz geringe Anzahl beschränkt.

Die Untersuchung von frischen Xanthomschnitten nun mit polarisiertem Lichte ergibt, daß jedenfalls ein großer Teil der in den Zellen enthaltenen Fettsubstanz die Erscheinung des Anisotopismus aufweist, wie dies zuerst von Stoerk und Panzer beobachtet worden ist, und es sind auch die sog. Myelinfiguren vielfach vorhanden.

An dieser Stelle möchten wir auch noch auf die neueren Publikationen über die Chemie der Lipoide hinweisen, denn diese Substanzen spielen, wie es scheint, in der Physiologie und Pathologie der Zelle eine Rolle von grundlegender Bedeutung. Es würde aber eine vollständige Besprechung des Chemismus dieser Substanzen uns viel zu weit führen, und es mag daher genügen zu sagen, daß die neueste Richtung auf dem Gebiete der physiologischen Chemie der Ansicht huldigt, daß das Zytoplasma der Zellen im allgemeinen der Hauptsache nach aus einer chemischen Vereinigung einer Protein- mit einer Lipoidsubstanz besteht. In gewissen Geweben, z. B. in der Rindensubstanz der Nebennieren, sind normalerweise lipoide Substanzen vorhanden, welche mit Sudan 3 sich gelblichrot und mit Osmiumsäure bräunlichschwarz färben und im polarisiertem Lichte Anisotropismus aufweisen. Ähnliche Substanzen kommen in höherem oder geringerem Grade auch frei in den Zellen bei mehreren pathologischen Prozessen vor, wie z. B. bei der chemischen parenchymatösen Nephritis, sowie bei vielen Tumorzellen, namentlich unter dem

Digitized by Google

Einfluß von rapide fortschreitenden Stoffwechselvorgängen, mögen diese konstruktiver oder mögen sie destruktiver Art sein. Ferner entwickeln sich Lipoide unter normalen Verhältnissen auch im Blute, und bei manchen pathologischen Vorgängen, so namentlich bei Leberleiden und beim Diabetes sind sie in stark gesteigerten Mengen vorhanden.

Eine Vermehrung des Cholesterins wiederum hat man bei diesen Erkrankungen schon vor längerer Zeit nachgewiesen. In den letzten Jahren hat es sich ergeben, daß dasselbe in Gestalt eines Cholesterinfettsäureesters auftritt, und gerade dieses spezielle Lipoid besitzt die physikalischen und tinktoriellen Eigenschaften, welche wir hier beschrieben haben; gerade dieser Körper aber bildet, wie nachgewiesen worden ist, den Hauptbestandteil der in den Zellen des Xanthoma tuberosum enthaltenen Fettsubstanz. In vielen der älteren Xanthomgeschwülste vollzieht sich eine Spaltung dieser Cholesterinverbindung, und wir finden dann Anhäufungen von Cholesterinkristallen in den Geweben. Ein schönes Präparat dieser Art wurde von Dr. J. C. Johnston bei einer Sitzung unserer Gesellschaft vor einigen Jahren demonstriert.

Das reichliche Vorhandensein von Cholesterinester im Blute bei Ikterus und bei Diabetes — der als Lipoidämie bekannte Zustand — und auf der anderen Seite die starke Anhäufung dieser Substanz in den Tumoren der Xanthomknoten bietet eine interessante Erklärung der Wechselbeziehungen, welche, wie man schon längst festgestellt hat, zwischen diesen Systemerkrankungen und der uns beschäftigenden Hautaffektion bestehen; und wir erhalten hiermit auch weitere Aufklärung über die dem Xanthom zugrunde liegenden pathologischen Vorgänge.

Es erscheint nicht unwahrscheinlich, daß die bei dieser Anomalie im Übermaß angesammelten Lipoide durch die Kapillaren der Haut an irgend einer gegebenen Stelle der verminderten Widerstandsfähigkeit hinauswandern können. Im Gewebe an der Umgebung der Gelenke — Ellbogen, Finger, Hüften, Knie und Hände — sind die Blutgefäße der Haut mehr als an anderen Stellen einer schädlichen Anspannung ausgesetzt, indem die naturgemäßen Bewegungen der Gelenke Veränderungen in bezug auf Dehnung und Entspannung der Haut verursachen, und es sind dies auch gerade diejenigen Stellen, an denen wir das tuberöse Xanthom am stärksten entwickelt finden.

Den aus den Kapillaren ausgetretenen Cholesterinester haben wir in den ersten Krankheitsphasen frei in den Lymphräumen in erkennbarer Menge angetroffen, und wir sahen, daß derselbe von den Zellen der unmittelbaren Nachbarschaft des Kapillargefäßes aufgenommen wird und zum Teil sogar bis in die Epithelzellen des Rete vordringt. Die Gegenwart dieses Lipoids scheint in den perivaskulären Bindegewebszellen als

Digitized by Google

ein Reiz zu wirken und diese zur Vermehrung anzuregen; sie nehmen zu an Zahl und an Größe und bilden, indem sie immer mehr von dem durch die Blutgefäße austretenden Lipoid aufnehmen, schließlich die typischen Xanthomzellen.

Es ist uns allerdings nicht ganz klar geworden, ob auch die festen Bindegewebszellen eine gleiche Reizung durch den Überschuß an Lipoiden erfahren und, hierdurch zum Wachstum angeregt, Fibroblasten und schließlich Bindegewebe produzieren; an der von der jüngsten Läsion stammenden Fig. 7 sieht man eine verzweigte feste Bindegewebszelle, die mit kleinen, durch Osmiumsäure schwarz gefärbten Tröpfchen angefüllt ist. Andererseits wäre es denkbar, daß die fibroblastische Hyperplasie als eine sekundäre Erscheinung und Folge der durch die Gegenwart der sich vermehrenden perivaskulären Zellen gesetzten Reizung aufzufassen ist. Wir halten diese letztere Erklärung für die wahrscheinlichere und stützen unsere Ansicht durch die Tatsache, daß unsere jüngsten Präparate keine Anzeichen einer Wucherung der fixierten Bindegewebszellen aufweisen, und ferner durch das Verhalten der Fibroblasten, in bezug auf deren Anordnung in deutlichen Schichten in der Peripherie der Xanthomzellengruppen. Wenn diese Anschauung die richtige ist, so muß offenbar die fibröse Umwandlung beim Xanthoma tuberosum ein rein sekundärer Vorgang sein, ohne wirkliche Bedeutung für die Histogenese dieser Tumoren und ohne Anrechte auf die Wichtigkeit, welche so viele frühere Autoren diesem Prozesse beigelegt haben.

In Anbetracht dieser Auffassung von dem Wesen des tuberösen Xanthoms ist es von Bedeutung, nach dem Grunde der ziemlich prononzierten Gleichmäßigkeit in der Größe der voll entwickelten Knötchen in der Haut zu forschen. Warum fahren diese Geschwülste — da doch der Vorrat an Cholesterinester so gut wie unerschöpflich ist — nicht unbegrenzt zu wachsen fort?

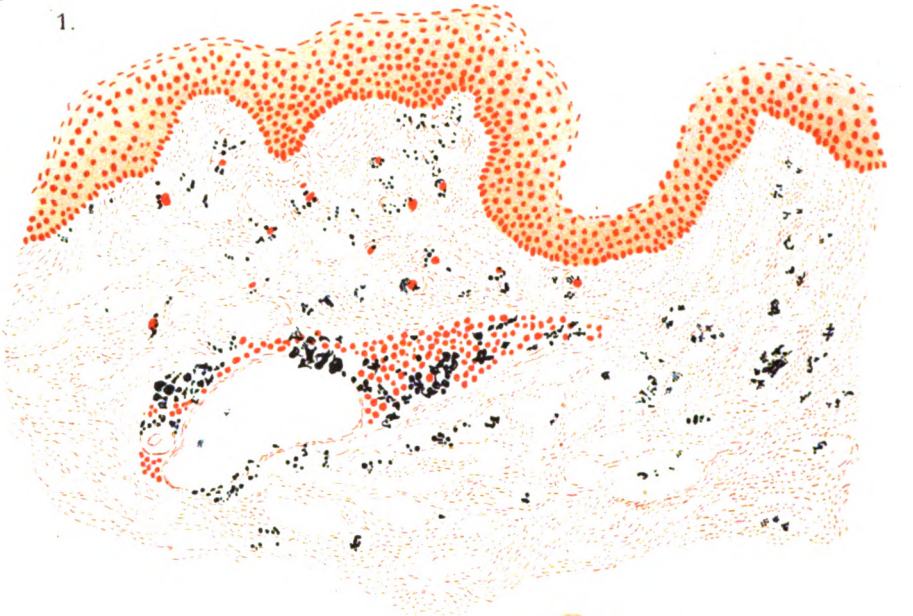
Es sind zwei Faktoren, welche hierbei in Betracht kommen: erstens der Umstand, daß die sekundäre Bindegewebshyperplasie in der Umgebung der Xanthomzellen schließlich diese überflügelt und in rein mechanischer Weise deren weiteres Wachstum unmöglich macht. Zweitens handelt es sich hierbei, wie bei so vielen anderen pathologischen Vorgängen, um die Frage der Ernährung seitens des Blutes, indem diese von zwei Seiten her, einmal durch das entstehende fibröse Gewebe und dann wiederum durch die übermäßige Ablagerung von Lipoidsubstanz in den die Blutgefäße umgebenden, gewucherten Zellen beeinträchtigt wird.

Dieses letztere Moment verdient etwas eingehender besprochen zu werden. Bei der Mehrzahl der von uns untersuchten Fälle von Xanthoma tuberosum fand sich, wie der eine von uns schon vor längerer Zeit dar-

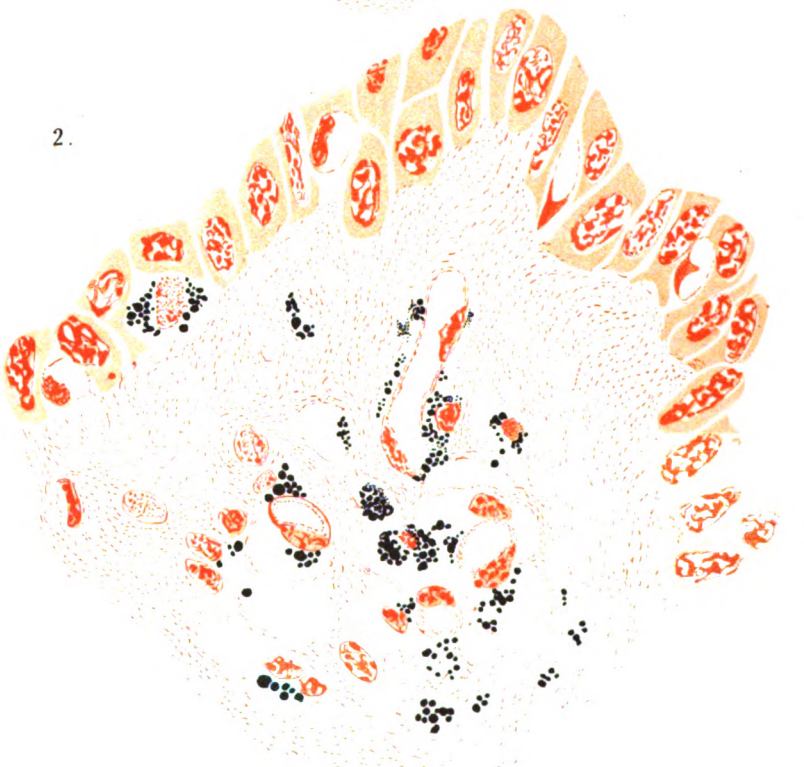
Digitized by Google

Digitized by Google

1.



2.

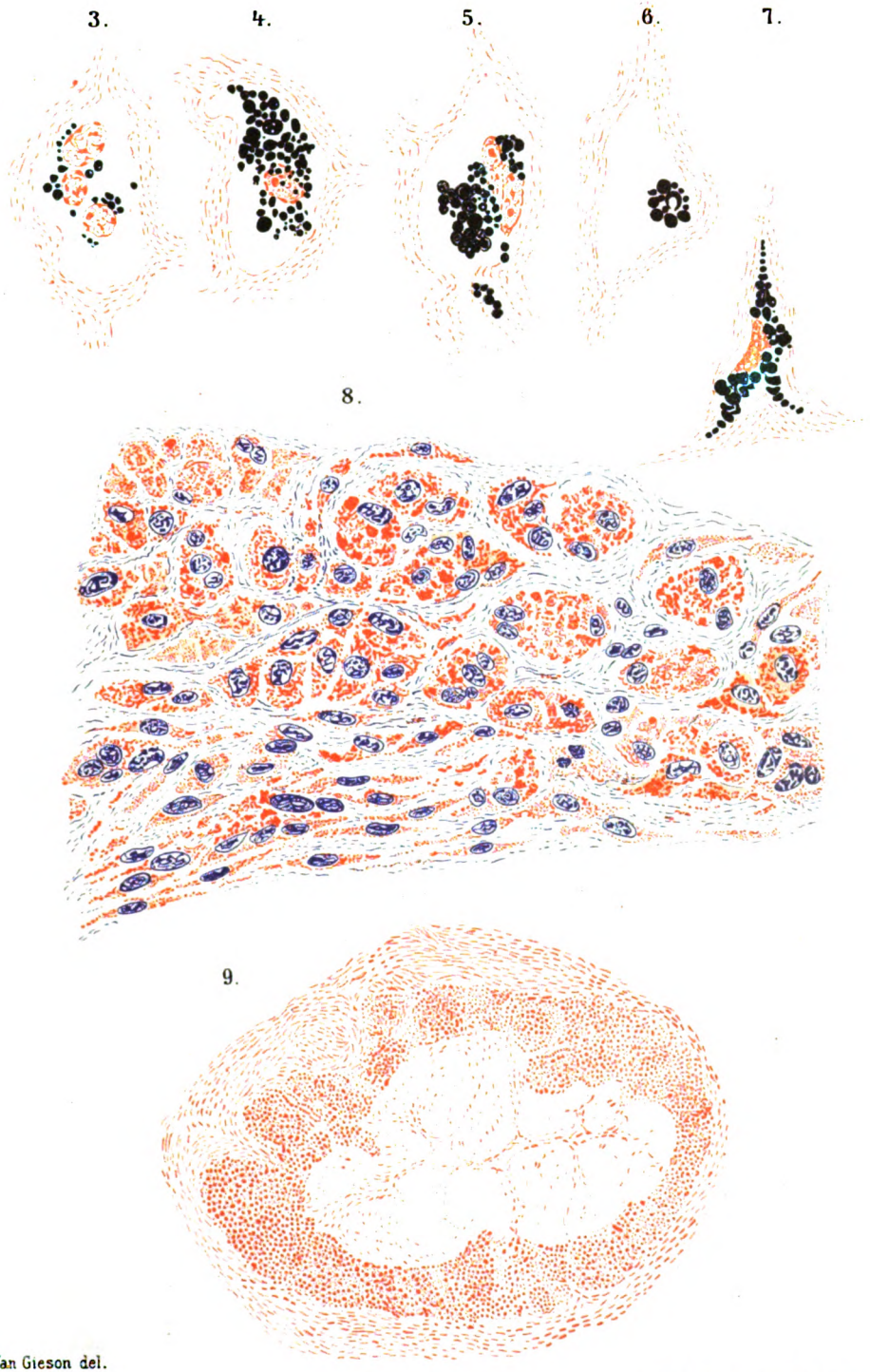


Van Gieson del.
Blitzer.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

Lith. Anst. v. Johannes Arndt, Jena.

Digitized by Google



Van Gieson del.

Pollitzer.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

Lith. Anst. v. Johannes Arndt, Jena.

Digitized by Google

Digitized by Google

gelegt hat, eine das zentrale Blutgefäß des Knötchens umgebende breite Zone, welche bei den Alkoholpräparaten nur ganz geringe Spuren von Zellkonturen und keine Kerne (Fig. 9) aufwies und die Fettfärbung mit Osmiumsäure und Sudan 3 intensiv und in diffuser Ausdehnung annahm. Ein derartiger dicker Zylinder von so gut wie strukturloser Fettsubstanz, dem Blutgefäß angelagert, muß naturgemäß eine undurchdringliche Hülle bilden, durch welche die ernährenden Bestandteile des Blutes kaum hindurchdringen können werden. En Resumé: Das Xanthoma tuberosum charakterisiert sich als eine durch Reizwirkung entstehende Bindegewebshyperplasie, bei welcher die Ausscheidung des im Blute im Überschuß vorhandenen Cholesterinesters das anregende Moment abgibt.

Die frühesten Veränderungen treten am Bindegewebe in der unmittelbaren Umgebung der kleinsten Blutgefäße der papillaren und subpapillaren Schichten hervor, indem dieses die Lipoide aufnimmt und mit einer Vermehrung und Vergrößerung seiner Zellen reagiert, aus denen schließlich die typischen Xanthomazellen hervorgehen.

Das Eindringen der Lipoide in die Zellen scheint deren Lebensfähigkeit nicht zu beeinträchtigen, außer bei den Zellen der älteren Tumoren, wenn die nächste Umgebung eines Blutgefäßes im Laufe der Zeit etwa durch die lipoide Infiltration vollständig verstopft worden ist.

Das Wuchern der perivaskulären Zellen seinerseits wirkt anregend auf die Entwicklung von Bindegewebe, und dieses umschließt daher in Form von Fibroblasten und Kollagenbündeln die Nester von Xanthomzellen und gewinnt schließlich die Überhand über die eigentlichen Xanthomelemente.

Figurenerklärung.

Die beigegebenen Figuren wurden von Dr. IRA VAN GIESEN unter Benutzung einer Camera lucida gezeichnet.

Fig. 1. Leitz Obj. 3, Ok. 2. Osmiumsäure, Saffranin. Topographisches Bild eines Schnittes von einer miliaren Xanthomläsion, die aus den gewucherten Zellen des adventitiellen Bindegewebes in der Umgebung einer kleinen Vene der subpapillaren Schicht besteht. In und zwischen den Zellen dieser Gruppe sowie in der endothelialen Auskleidung des Gefäßes sieht man ein größeres Quantum der mit Osmiumsäure gefärbten Fettsubstanz in Form von teils feineren, teils gröberen Körnchen. Ähnliche mit Osmiumsäure gefärbte Körnchen finden sich verstreut in der zentralen Läsion; sie liegen teils frei in den Lymphräumen, teils in den Endothelialzellen dieser Räume, namentlich in dem Gebiete zwischen der Zentralläsion und dem Rete. An zwei Papillen sieht man die gleichen Partikelchen in der unmittelbaren Nachbarschaft von Kapillargefäßen.

Fig. 2. Leitz Obj. $^1/_{12}$, Ok. 2. Osmiumsäure, Saffranin. Eine Papille der Figur 1 unter stärkerer Vergrößerung. Man erkennt vier kleine Gefäße, von denen drei quer und eins schräg vom Schnitt getroffen sind; sie zeigen eine Erweiterung der perivaskulären Räume, welche auch die mit Osmiumsäure gefärbten Tröpfchen enthalten. Von diesen liegen einige frei verstreut, während andere sich im Inneren der Endothelial-

Digitized by Google

zellen der Perivaskulärräume befinden. Von diesen Zellen sind mehrere deutlich vergrößert, und eine mäßige Zunahme in der Zahl der Zellen im ganzen scheint selbst in dieser frühen Phase schon stattgefunden zu haben. In der Basalschicht des Rete ist auch eine Zelle zu sehen, welche die gleichen schwarzen Partikeln um den Kern gelagert aufweist.

Figuren 3—6. Leitz Obj. $^1/_{12}$, Ok. 4. Osmiumsäure, Saffranin. Die Endothelzellen der Lymphräume zeigen verschiedene Stadien der Infiltration mit Fettpartikeln. Fig. 3, Anfangsphase. Fig. 4, die Lymphspalte ist mit Fettpartikeln beinahe ganz angefüllt. Bei Fig. 5 sind die Fettkörnchen so dicht zusammengedrängt, daß sie eine undurchsichtige Maulbeere bilden. Bei Fig. 6 sieht man eine Gruppe von anscheinend frei gelagerten Fettklümpchen, vielleicht handelt es sich um eine beim Schneiden gerade am Rande getroffene, dicht vollgepfropfte Zelle, wie sie Fig. 5 zeigt.

Fig. 7, idem. Eine feste Bindegewebszelle, deren verzweigte und flügelartige Fortsätze mit Fettröpfchen dicht besetzt sind.

Fig. 8. Leitz Obj. $^1/_{12}$, „Sucher" Ok. 2. Formalin, Hämatoxylin, Sudan 3. Das Bild weist Nester von Xanthomzellen auf, welche mit Fettmassen fast vollständig angefüllt sind. Sie sind durch das Sudan 3 orange gefärbt. Auf der einen Seite sind sie von Schichten von Fibroblasten begrenzt, die in analoger Weise mit lipoidem Material durchdrungen sind.

Fig. 9. Leitz Obj. $^1/_{12}$, Csokor-Karmin. Altes Xanthomknötchen, in dessen Zentrum sich ein kleines Gefäß findet, welches sehr stark verdickte hyaline Wände zu haben scheint und von Xanthomzellen umzingelt ist. An den mit fettfärbenden Mitteln behandelten Schnitten erkennt man, daß die als hyaline Substanz imponierende Masse in Wirklichkeit Fett ist, welches die angelagerten Xanthomzellen so vollständig erdrückt hat, daß nur ganz geringfügige Konturen derselben dazwischen übriggeblieben sind. Ein derartiger Zylinder von beinahe massiver Fettsubstanz, muß notwendigerweise dem darin eingeschlossenen Gefäß gegenüber eine völlig undurchdringliche Hülle abgeben und die Ernährung und das weitere Wachsen der betreffenden Läsion direkt unmöglich machen.

Die Lebensaussichten der kongenital-luetischen Kinder.

Von

Dr. O. Sprinz, Charlottenburg.

(Schluß.)

Spätere gesundheitliche Schicksale der mit Erblues behafteten Kinder.

Berichte über lange Jahre hindurch fortgesetzte Beobachtungen erbsyphilitischer Kinder sind in der Literatur recht spärlich vorhanden. Das ist erklärlich, wenn man die Schwierigkeiten solcher Dauerbeobachtungen bedenkt, und wie es häufig unmöglich ist, den Verbleib der Kinder später ausfindig zu machen. Peiser hat über 101 Kinder, die zum Teil mehrere Jahre hindurch in Evidenz gehalten werden konnten, berichtet. Die Zusammenstellung seines Materials ergibt, daß die Prognose für das weitere

Digitized by Google

Kindesalter im allgemeinen nicht so trübe ist, wie sie vielfach hingestellt wird. Von 59 Kindern, die noch nach Vollendung des zweiten Lebensjahres beobachtet werden konnten, befanden sich

1. in gutem, zum Teil sogar vorzüglichen Allgemeinzustande 23 = 39 %
2. in schlechterem, aber immerhin noch leidlichem Zustande 22 = 37 %
3. in schlechtem Allgemeinzustande 14 = 24 %.

Sechs Imbezille fanden sich darunter.

Peiser zieht aus diesen Zahlen den Schluß, daß die starke Mehrheit dieser Kinder nicht als dystrophisch zu bezeichnen ist. „Eine gewisse körperliche und geistige Minderwertigkeit der erbsyphilitischen Kinder war zu konstatieren, bei der vor allem eine Prädisposition für Nervenkrankheiten in Erscheinung tritt. Aber man wird hierfür mit mehr Recht die Ungunst der sozialen Verhältnisse, die angeborenen oder erworbenen Neuropathien der Eltern, ihren Alkoholismus, Diabetes, Tuberkulose und sonstige Schwächezustände verantwortlich machen als die Syphilis."

Martin stellte Nachforschungen an nach 43 hereditär-luetischen Kindern, welche in den Jahren 1860—90 in die medizinische Klinik Jena aufgenommen worden waren. Die Ermittlungen erstreckten sich auf

1. 13 Fälle mit Lues hereditaria praecox:

3 mal fehlt jede Auskunft,
7 Kinder starben im Alter unter 1½ Jahren,
1 Kind starb mit 18 Jahren an Tuberkulose,
1 Kind lebt als moralisch schwachsinniges (infolge erblicher Belastung),
1 lebt als gesunder Mann mit zwei Kindern.

Sa. 13.

2. 30 Fälle mit Lues tarda:

11 mal fehlte jede Auskunft,
5 starben im Alter von 9—20 Jahren (und zwar drei an den direkten Folgen der Lues),
13 sind anscheinend gesund (im Alter von 18—41 Jahren),
1 zurzeit 28jährig. Mann weist tertiär-syphilitische Erscheinungen auf.

Sa. 30.

Über die Nachkommenschaft dieser 14 lebend aufgefundenen Fälle von Lues tarda ließ sich folgendes ermitteln:

In der Ehe des tertiär-syphilischen kamen Aborte und Totgeburten vor.

In drei Fällen fehlten Nachrichten über Ehe und Kinder.

Ein Patient ist unverheiratet und kinderlos; die übrigen zehn haben sämtlich lebende Kinder, Totgeburten kamen nicht vor.

Eine besondere Disposition der infantilen Luetiker für bestimmte Krankheiten, insbesondere für frühzeitig auftretende Nerven- und Gefäß-

Digitized by Google

krankheiten, auch einen verspäteten Eintritt in die Pubertät konnte Martin nicht beobachten!

J. Karcher stellte Nachforschungen an nach 31 Kindern, welche in den Jahren 76—96 wegen Heredosyphilis behandelt und als geheilt entlassen waren. Nur über 16 konnte er Auskunft erhalten:

6 starben als kleine Kinder,
5 Kinder wurden als tuberkulös aufgefunden,
4 wurden nach dem Pubertätsalter völlig gesund wiedergefunden,
von 1 weiteren Manne konnte erfahren werden, daß er in einer Fabrik tätig ist.

Sa. 16.

Hochsinger hat die zahlreichsten, zum Teil sich über viele Jahre hin erstreckenden Beobachtungen gesammelt. Seine Ermittlungen ergaben kurz folgendes:

Unter 208 mehr als 4 Jahre hindurch in Evidenz gehaltenen Kindern waren 24 Todesfälle zu verzeichnen,
112 zeigten bei der letzten Untersuchung irgend welche Krankheitserscheinungen,
72 waren gesund.

Sa. 208.

Unter den 72 gesunden fanden sich — im ganzen bei 21 Kindern — folgende Merkmale:

19 mal leichte Sattelnase,
17 mal stark vorspringende Schädelhöcker,
7 mal Narben an den Mundwinkeln.

Es bleiben also schließlich 51 übrig, die in jeder Hinsicht tadellos gesund befunden wurden = 29,3 %!

Ob diese Kinder sich für alle Zeiten zu kräftigen Menschen entwickeln werden, das allerdings wagt Hochsinger mit Sicherheit nicht zu entscheiden, da ja die Syphilis die Fähigkeit hat, auch nach vieljähriger Ruhepause Rezidive zu erregen, und die Schädigung des Zentralnervensystems sehr häufig erst im Schulalter zur Geltung kommt. „Im allgemeinen dürfte es seine Richtigkeit haben, daß erbsyphilitische Individuen, wenn sie über die Reifezeit gesund hinausgekommen sind, die größte Wahrscheinlichkeit besitzen, dauernd gesund zu bleiben."

Richard Pott war nicht so glücklich wie Hochsinger, die Mehrzahl der von ihm 5—15 Jahre lang beobachteten Fälle gelegentlich einer Revision wieder aufzufinden; jedenfalls war der größere Teil der aufgefundenen Kinder gesund! „Die hereditäre Syphilis kann also zur Abheilung kommen, ohne irgend welche Spuren der überstandenen Krankheit zu hinterlassen." Freilich weist auch Pott auf die Möglichkeit immer

Digitized by Google

neuer Rezidive und den oft sehr schleppenden Verlauf der Spätsyphilis hin. Die Nachforschungen nach den späteren gesundheitlichen Schicksalen ergaben also, wie die genannten Autoren feststellen konnten, ein recht befriedigendes Resultat: Konnte doch ein erheblicher Prozentsatz der hereditär-luetischen Kinder später in bester Gesundheit aufgefunden werden.

Wir möchten sogar glauben, daß in Wirklichkeit die Verhältnisse noch günstiger liegen, als es die statistischen Erhebungen vermuten lassen; denn wir dürfen bei allen statistischen Erhebungen nie vergessen, daß die gesamte medizinische Literatur gleichsam eine Sammlung von Unglücksfällen darstellt. Die günstig verlaufenden Fälle entziehen sich weit leichter der Beobachtung des Arztes, als die ungünstig endenden Fälle. Berücksichtigt man, wie häufig z. B. die Syphilis in den Kreisen der akademisch Gebildeten ist (cf. Blaschko) und stellt man demgegenüber die — nach der Erfahrung vielbeschäftigter, hausärztlicher Praktiker — nur verschwindend geringe Zahl hereditär-syphilitischer Nachkommen, so kommt man doch zu einer Korrektur der auf statistischem Wege von manchen Autoren eruierten Angaben.

Jedenfalls werden wir für unsere Zwecke einer Statistik den Vorzug geben, welche die gesamte Nachkommenschaft syphilitischer Eltern umfaßt, sich also nicht auf die Kinder beschränkt, welche zu irgend einer Zeit in ärztlicher Behandlung standen.

Pittres erforschte die Gesundheitsverhältnisse der Kinder in 209 Ehen von Tabikern. Die Gesamtzahl der geborenen Kinder betrug 483, von denen 197 entweder totgeboren waren oder bald nach der Geburt starben. 286 Kinder blieben am Leben. Die geistige und körperliche Entwicklung dieser Kinder konnte jahrzehntelang verfolgt werden; keins der Kinder zeigte körperliche oder geistige Degenerationserscheinungen, keins erkrankte an Tabes oder Ataxie, während natürlich andere Krankheiten, wie Rachitis, Tuberkulose, Rheumatismus u. a. m. vorkamen.

Die Nachkommenschaft der Hereditärsyphilitischen.

Einige Autoren glauben in der III. Generation genau die gleichen Verhältnisse wie in der Deszendenz der Syphilitischen gefunden zu haben.

Polymortalität der Zeugungsprodukte.

Autor	Zahl der Schwangerschaften	Aborte und Totgeburten	Prozentzahl
Jullien	256	77	30
E. Fournier	145	82	56
Tarnowsky	169	60	35,5
A. Fournier	33	17	50
Sa.	603	236	

Digitized by Google

Von 603 Schwangerschaften endeten vorzeitig und mit dem Tode der Frucht 236 = 39 %.

Prognose der lebendgeborenen Nachkommenschaft.

Auch an den lebendgeborenen Kindern waren z. T. die gleichen mannigfaltigen, Haut, Knochen und innere Organe betreffenden Manifestationen zu konstatieren, wie sie bei Kindern von Syphilitikern vorkommen. Endlich wurden auch die verschiedensten parasyphilitischen Erscheinungen, allgemeine Schwäche, Neigung zu Erkrankungen, Dystrophien, Mißbildungen bei den Kindern Heredosyphilitischer in großer Zahl beobachtet (Jullien).

De Amicis hebt besonders die Neigung zu Erkrankungen des Nervensystems in der III. Generation hervor.

Tarnowsky sah bei 103 lebenden Kindern der II. Generation in 50,4 % der Fälle syphilitische Erscheinungen und Dystrophien; bei 107 lebenden Kindern der III. Generation sah er 26,2 % Träger gleicher Erscheinungen.

Wegen ihres unheilvollen Einflusses auch auf die III. Generation nennt Barthélémy die Syphilis einen schnell tätigen Faktor für die Degeneration des Menschengeschlechts. Demgegenüber konnte Hochsinger niemals ähnliche Beobachtungen machen. „Wenn auch zuzugeben ist, daß die Übertragung einer virulenten Syphilis in das dritte Geschlecht logisch denkbar ist, so ist doch ein wirklich beweiskräftiger Fall bisher nicht beschrieben worden.“ Allenfalls sah Hochsinger in der Nachkommenschaft der Hereditärsyphilitischen gewisse Dystrophien, wie nervöse Reizbarkeit und leichte Grade des Schwachsinns. Den gleichen Standpunkt nimmt auch Finger ein: „Daß schwächliche, kränkliche Eltern meist wieder schwächliche, kränkliche Kinder erzeugen, ist bekannt; dagegen kommt aber der reparatorische Einfluß des gesunden Zeugers in Betracht, es werden doch selten beide Eltern hereditär-luetisch sein; häufig überwinden ja auch die Hereditärluetischen ihre Krankheit und wachsen zu gesunden, kräftigen Menschen heran, von denen demnach auch nicht eine Übertragung der abgeheilten Krankheit auf ihre Nachkommenschaft zu erwarten steht. Hereditär-luetische Eltern mit Stigmata der Erblues können wohl auch die Stigmata vererben, doch scheint die Intensität und Frequenz der Dystrophien in der dritten Generation abzunehmen. Also eine dauernde Degeneration in der Rasse ist nicht zu befürchten!“

Überblicken wir noch einmal das Ergebnis unserer Untersuchung, so werden wir sagen können, daß die Prognose der Erbsyphilis keineswegs eine so schlechte ist, als daß der Versuch, aus kranken Kindern

Digitized by Google

nützliche Mitglieder der menschlichen Gesellschaft zu machen, sich nicht verlohnte. Wenn auch eine Reihe von Gefahren den Kindern droht, so hat man doch zu beachten, daß in der großen Mehrzahl der Fälle Unkenntnis der Diagnose, unzureichende Pflege und Behandlung als ungünstige Faktoren zu betrachten sind. Die Verbesserung der Diagnose durch die Wassermannsche Reaktion, die Vervollkommnung der Therapie und sachgemäße pädiatrische Pflege dürften die Voraussage für die an Erbsyphilis leidenden Kinder wesentlich verbessern. Die Serumreaktion bedeutet gerade für die hereditäre Lues eine besonders wertvolle Bereicherung unserer diagnostischen Hilfsmittel. In vielen Fällen werden die Erstausbrüche der Syphilis übersehen, falsch gedeutet oder von den Angehörigen des Kindes dem Arzte absichtlich verschwiegen. Die positive Reaktion bleibt aber, wie Ledermann nachwies, sehr lange, selbst bis zum 15. Lebensjahre, erhalten. So haben wir dann durch die Serumreaktion die Möglichkeit, die Natur des Leidens auch bei solchen Kindern aufzudecken, die seit dem spezifischen Symptomenkomplex nach der Geburt keine Zeichen von Lues mehr gehabt haben und können die Kinder dann einer antisyphilitischen Behandlung zuführen.

Wie die Wassermannsche Reaktion für die Diagnose, so bedeutet vielleicht Ehrlichs Salvarsan für die Therapie der hereditären Lues einen segensreichen Fortschritt. Jedenfalls hat Lesser bei seiner Anwendung sehr günstige Erfolge gesehen. „Bei Syphilis congenita hat man die Injektion des Präparates 606 als eine lebensrettende Operation bezeichnet, und das ganz mit Recht. Von 9 Kindern, im Alter von 5—12 Wochen, die mit 606 behandelt wurden, ist keins gestorben, während in den Jahren 1908 und 1909 unter 27 Fällen von ebenfalls im Alter von 5 bis 12 Wochen stehenden Kindern 10 gestorben sind; das sind beinahe 40%.“

So dürfen wir hoffen, einen großen Teil der schweren Folgeerscheinungen angeborener Syphilis allmählich zu beseitigen. „Da nun die ererbte Syphilis sich vorwiegend in den ärmeren Bevölkerungsklassen findet und besonders bei unehelichen Kindern häufig beobachtet wird, so sind alle Bestrebungen, diesen Kindern günstige Bedingungen für ihre Heilung zu verschaffen, mit Freude zu begrüßen.“ (Ledermann.)

Von diesen Gesichtspunkten sind die Pflegeheime für syphilitische Säuglinge gegründet worden. Ein weiterer wissenschaftlicher Wert wird in dem Berliner Heime noch dadurch gewonnen werden, daß die Kinder nach ihrer Entlassung aus dem Asyle alljährlich Geldgeschenke bekommen sollen, um sie dadurch zu veranlassen, sich in Evidenz zu halten und so eine wissenschaftliche Dauerbeobachtung zu ermöglichen. Wie sich die Prognose dann gestalten wird, ist Sache der Zukunft.

Digitized by Google

Zum Schlusse sage ich Herrn Prof. Heller verbindlichen Dank für die freundliche Unterstützung bei Anfertigung meiner Arbeit.

Literaturnachweis.

1. Anton, Johann, Über hereditäre Syphilis. Inaug.-Diss. Klinik Gusserow Berlin.
2. Augagneur, Viktor, Études sur la Syphilis héréditaire. Paris, 1879.
3. de Amicis, I., Die Nachkommenschaft der Heredosyphilitischen und der Bund gegen die Syphilis (Giorn. internaz. d. scien. med.), 1902.
4. Atwood, Ch. E., Idiotie und hereditäre Lues. Journ. of the amer. med. assoc., 1910, Bd. 2, S. 464. Ref. im Jahrb. f. Kinderheilk., Nr. 73.
5. Alzheimer, Die Frühform der allgem. progr. Paralyse. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 52, S. 573.
6. Buschke, A., Über die Fürsorge für geschl. kranke Schwangere und hered.-syph. Kinder. Dtsch. med. Wochenschr., 1907, Nr. 2 und 3.
7. Derselbe, Pathol. und Ther. der her. Lues. Samml. klin. Vorträge.
8. Derselbe, Syphilis und Ehe. Deutsche Klinik.
9. v. Barrensprung, Die heredit. Syphilis, 1864, bei Hirschwald.
10. Blaschko, Die Verbreitung der Syphilis in Berlin.
11. Birch-Hirschfeld, Archiv d. Heilkunde, 1875, S. 166.
12. Baginsky, A., Lehrbuch d. Kinderkrankheiten.
13. Barrasch, Alb., L'hérédité syphilitique. Paris, 1896.
14. Brüning, Über 65 Fälle von Chorea minor. Dtsch. Ärzte-Ztg., 1902.
15. Bratz und Lüth, Hered. Lues und Epilepsie. Arch. f. Psych., 1900.
16. Brückner, Über die ursächlichen Beziehungen zwischen Idiotie und Syphilis. Münch. med. Wochenschr., 1910, Bd. 57, S. 37.
17. Bresler, Joh., Literaturübersicht in Schmidts Jahrbücher, 1904: Erbsyphilis und Nervensystem.
18. Binswanger, Die Epilepsie, 1899. Nothnagels Handbuch XII.
19. Brown, Über Idiotie bei der kong. Lues. Neurol. Zentralbl., 1887, S. 453.
20. Barthélémy, Essai sur les stigmates parahérédosyph. de seconde génération. Ann. de Derm. et de syph., 1897, Nr. 8 und 9.
21. Bering, Über die Schicksale hered.-syph. Kinder. Arch. f. Derm., 1911, Bd. 106, S. 17.
22. Cassel, J., Statist. Beiträge zur hered. Syphilis. Arch. f. Kinderheilk., Bd. 50.
23. Conth, J. A., The Hunterian lectures on infant Syph. The Lancet and the Brit. med. Journ., 25 IV. 1896.
24. Citron, Jul., Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Ther. der Syphilis. Ther. Monatsh., 1911, Bd. 7.
25. Derselbe, Der gegenw. Stand der Path. und Ther. der Syphilis. Kongr. f. innere Med., 1908.
26. Charitéannalen, Statistische Beiträge von Klein und Schwechten, 1883, Bd. 7.
27. Düring, E. v., Studien über endem. und hered. Syphilis. Derm. Monatsh., Bd. 35.
28. Down Langdon, Lectures of some of the mental affect of childhood and youth. Brit. med. Journ., 1887.
29. Erlenmeyer, Beiträge zur Lehre von der kong. Syphilis. Ztschr. f. klin. Med., 1892, Bd. 21, Nr. 4.
30. Elsner, Hydrozephalus und angeb. Syphilis. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 43, H. 4.
31. Finkelstein H., Die hered. Syphilis. Dtsch. Klin. Leyden und Klemperer.
32. Freund, W., Sterblichkeit hered.-luet. Säugl. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 52.

Digitized by Google

33. Foerster, Beiträge zur Behandlung der infant. Syphilis. Dtsch. Arch. f. klin. Med., 1867, Bd. 2, S. 215.
34. Fournier, Alf., Syph. héréd. tardive. Paris, 1886.
35. Derselbe, Epilepsie parasyphil. Rev. neurol., 1893, 22.
36. Derselbe, Les affections parasyphil. Paris, 1894.
37. Derselbe, Les familles hérédosyph. Gaz. des hôp., 1892.
38. Fournier, Edmund, Beiträge zum Studium der hered. Syphilis in II. Generat. Wien. klin. Wochenschr., 1900, Nr. 46.
39. Finger, Nachkommenschaft der hered. Syph. Ref. IV, Intern. Dermat.-Kongr. Wien. klin. Wochenschr., 1900, Nr. 17.
40. Fischl, R., Kortikale Epilepsie kong. syphilitischen Ursprungs. Ztschr. f. Heilk., 1890, Bd. 11.
41. Gastou, Paul, Traité des maladies de l'enfance. Paris, 1897.
42. Szalardi, Über 178 Fälle von kong. Lues. Ungar. mediz. Presse, 1902, Bd. 7, Nr. 12.
43. Heller, Jul., Über die Organisation der Heime für hered.-syph. Kinder. Derm. Ztschr., Bd. 14, H. 8.
44. Derselbe, Über Säuglingsheime für hered.-syph. Kinder. Ztschr. z. Bek. d. Geschl., 1906.
45. Derselbe, Die Häufigkeit der hered. Syphilis in Berlin. Berl. klin. Wochenschr., 1909, S. 28.
46. Derselbe, Ein Fall von chron. Hydrozephalus bei hered. Syphilis. Dtsch. med. Wochenschr., 1892, Nr. 26 und 1898, Nr. 5.
47. Hutchinson, Die Syphilis. Deutsch von Kollmann, Leipzig, 1888.
48. Heubner, Die Syphilis im Kindesalter. Gerhardts Handbuch der Kinderkrankheiten, Tübingen, 1896.
49. Hochsinger, Die Prognose der angeb. Syphilis. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde, Bd. V.
50. Derselbe, Allgem. Wien. med. Ztg., 1890, Nr. 45—48.
51. Henoch, a) Vorlesungen über Kinderkrankheiten.
Derselbe, b) Beiträge zur Kinderheilkunde. Neue Folge, 1868.
52. Hermanides, S. R., Les affections parasyphilitiques à la suite de Sy. hérédit. Haarlem und Paris, 1903.
53. Heine, L., Beiträge zur Prognose und Symptomat. der hered. Lues im Säuglingsalter. Jahrb. f. Kinderheilk., Nr. 72.
54. Huguenin, S., Über die hered.-syph. Augenhintergrundsveränderungen. Beitr. z. Augenheilk. Deutschmann, Hamburg, Nr. 51.
55. Hirsch, Max, Der Geburtenrückgang. Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie, 1911, Nr. 5.
56. Hadden, Kong. Syphilis als Ursache nervöser Störungen im Kindesalter. The Brit. med. Journ., 1892. Ref. Arch. f. Kinderheilk., 1893, Bd. 25.
57. Harrison, E., Zur Diagnose und Behandlung der hered. Syphilis. Griffith med. Journ., 14. III. 1903.
58. Heyn, Über Idiotie bei hered. Lues. Psych. Neurol. Wochenschr., 1906, Nr. 12.
59. Joseph, Max, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Leipzig, bei Thieme.
60. Jullien, Louis, Les maladies Vénériennes. Paris, 1899.
61. Derselbe, Dokumente zur Syphilis hered. Ann. de Derm. et de Syph., 1891.
62. Derselbe, Hérédosyphilis Descendance de Hérédosyphilitiques. Ballière et fils. Paris, 1901.
63. Derselbe, Über die Nachkommenschaft der hered. Syph. Wien. med. Presse, 1900, Nr. 46.
64. Kaposi, Pathol. u. Ther. der Syph. Stuttgart, 1891.

Digitized by Google

65. Kassowitz, J. M., Die Vererbung der Syphilis. Wien. med. Jahrb., 1875, Bd. 4.
66. Koebner, H., Klin. u. experim. Mitt. aus der Derm. u. Syphil. Erlangen, 1864.
67. Krauß, Fr., Statist. Beiträge zur Pathol. der Lues cong. Arch. f. Kinderheilk., 1887, Nr. 2.
68. Krykus, Helene, Mortalité des enfants hérédosyph. Thèse de Paris, 1890.
69. Karcher, Das Schicksal der hered.-luet. Kinder. Schweizer Corresp.-Bl., Bd. 31., Nr. 16.
70. Koenig, Über Lues als ätiol. Moment bei zerebr. Kinderlähmung. Neurol. Centralbl., 1900, Nr. 7., Ztschr. f. Psychol., 1907, Nr. 61.
71. Kürner, Über die Verbreitung der Syphilis in den Schwachsinnigenanstalten Württembergs usw. Med. Klin., 1910, S. 1445.
72. Köber, Beiträge zur Frage des Zusammenhanges zwischen Idiotie und Syphilis. Med. Klin., 1911, S. 1239.
73. Kalischer, Über infant. Tabes und hered.-syphilitische Erkrankung des Nervensystems. Arch. f. Kinderheilk., 1897.
74. Lesser, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten.
75. Derselbe, Die Vererbung der Syphilis. Dtsch. Klin.
76. Ledermann, R., Die Serodiagnose der Syphilis in der Pädiatrie.
77. Derselbe, Über extragenit. und familiäre Syphilis. Arch. f. Derm., 1910 und 1911.
78. Lippmann H., Zusammenhang zwischen Idiotie und Syphilis. Münch. med. Wochenschr., 1906, Bd. 47.
79. Derselbe, Beziehungen zwischen Idiotie und Syphilis. Ztschr. f. Nervenheilk., 1910, Bd. 39.
80. Martin, Alfred, Über die Schicksale Syphil. Münch med. Wochenschr., 1902, Nr. 25.
81. Mendel, E, Die hered. Syphilis in ihren Beziehungen zur Entwicklung der Krankheiten des Nervensystems. Festschr. f. Georg Lewin, 1895.
82. Neumann, J., Die Vererbung der Syphilis. Arch. f. Derm., 1892, Nr. 4.
83. Derselbe, Syphilis.
84. Derselbe, Über Syphilis hered. II. Internat. Dermat.-Kongr., 1892.
85. Derselbe, Über Syphilis hered. tarda. Internat. klin. Rundsch., 1893, Nr. 2.
86. Nonne, Syphilis und Nervensystem. Berlin, 1909.
87. Neumann, H. und Oberwarth, E., Häufigkeit der hered. Syphilis. Arch. f. Kinderheilk., 1904.
88. Oppenheim, Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. Spez. Path. und Therap., von Nothnagel.
89. Peiser, Zur Prognose der hered. Lues. Ther. Monatsh., 1909, Bd. 4.
90. Pott, Rich., Das Schicksal der hered.-syph. Kinder. Münch. med. Wochenschr., 1901, Nr. 48.
91. Pittres, Über die Nachkommenschaft der Tabiker. Journ. de med. de Bordeaux, 12. VII. 1903.
92. Pinkus, Felix, Die Verhütung der Geschlechtskrankheiten, 1912.
93. Peritz, Georg, Infantilismus. Ergebn. der inneren Med. und Kinderheilk., 1911.
94. Piper, Zur Ätiologie der Idiotie. Berlin, 1893.
95. Plaut, Die Wassermannsche Serodiagnose der Syphilis in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie.
96. Rosenthal, O., Über Pflegeheime für hered.-luet. Kinder. Arch. f. Derm., 1911.
97. Roger, Henri, Über Syphilis der Säuglinge. L'union med., 1865.
98. Rumpf, Syphilitische Erkrankungen des Nervensystems. Wiesbaden, 1899.
99. Riehl, Einfluß der Behandlung syphilitischer Mütter auf das Schicksal des Fötus. Verhandl. Dtsch. Derm. Ges., 1901.

Digitized by Google

100. von Rosen, Über Syphilis hered. in Behrends Syphilidologie, 1862, Bd. 3.
101. Rabl, Über Lues congenita tarda. Wien und Leipzig, 1892.
102. de Saxe, G., Hered. Syphilis bei Schulkindern. Arch. of Pediatrics, 1906, Bd. 23. Ref. in der Ztschr. z. Bek. d. Geschl.
103. Schlesinger, Eugen, Schwachbegabte Schulkinder. Arch. f. Kinderheilk., 1907, Bd. 90.
104. Silex, Über Augenerkrankungen bei hered. Lues. Berl. klin. Wochenschr., 1896, 22. Jan., 5. Febr.
105. Sachs, S., Die nervösen Manifestationen der hered. Syphilis. Amer. med. surg. bull., 1895, Nr. 7.
106. Shuttleworth, Idiocy and Imbecillity due to inherited Syph. Amer. Journ. of insan., 1888, Bd. 45.
107. Schiperskaja, Versuch der psych. Unters. von hered.-syph. Kindern. Russische Ztschr. f. Haut- und vener. Krankheiten, 1909, Bd. 17.
108. Tarnowsky, La famille syph. et sa descendance. La syphilis, 1904.
109. Welander, Pflegeheime hered.-syph. Kinder. Stockholm, Wilh. Bille.
110. Widerhofer, Über Syphilis und deren Behandlung. Wien. Allg. med. Ztg., 1886, 30, Nr. 1.
111. Wisniewski, Jul., Beitrag zur Syphilis der Kinder. Nowny lekarsky, 1903, Heft 3.
112. Werner, Sterblichkeit und Häufigkeit der hered. Syphilis bei Kindern der Prostituierten. Ref. Monatsh. f. Derm., Bd. 24.
113. Wolff, Über Syph. hered. tarda. Volkmanns klin. Vorträge, 1886, Nr. 273.
114. Wachsmuth, Zerebrale Kinderlähmung und Idiotie. Arch. f. Psych., 1901, Bd. 34.
115. Winfield, Unters. von 46 orthopäd. Fällen auf ang. Syphilis. The Journ. of cutan. dis. incl. Syph., 1909.
116. v. Zeissl, Maximilian, Über hered. Syphilis.
a) Wien. Klin., 1885, S. 182—211.
b) Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 1, S. 60.
c) Lehrb., 1873, Bd. 2, S. 327.
d) Real-Encyclop. der ges. Heilk.
117. Ziehen, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Berlin, 1902.
118. Blumenthal, Die Serodiagnostik der Syphilis. Derm. Zeitschr., 1910.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung 12. März 1912.

Originalbericht von Dr. O. Sprinz, Berlin.

1. F. Lesser, **Fall von Duhringscher Krankheit oder Erythema exsudativum perstans** betrifft ein 22jähr. sonst gesundes Mädchen. Die Affektion ist nunmehr zum vierten Male aufgetreten. Nach Arsen war Abheilung eingetreten. Es handelt sich um papulöse Effloreszenzen mit blasigen Erhebungen. Die einzelnen Papeln zeigen blauroten Rand und z. T. polyzyklische Formen. Befallen sind jetzt die Streckseiten der Unterarme und Unterschenkel, außerdem die Handteller, Fußsohlen, Lippen und Konjunktiven.

Digitized by Google

Diskussion: Rosenthal führt aus, daß, um die Diagnose Dermatitis herpetiformis Duhring zu rechtfertigen, die Krankheit viel länger bestehen müßte. Man kann die Affektion als eine akute, öfters rezidivierende Form des Erythema exsudativum auffassen.

F. Lesser. Die Affektion begann mit starkem Jucken, dann erst entwickelten sich die papulösen Effloreszenzen. Auch die wiederholten Rezidive bestimmten ihn zu der Annahme einer Duhringschen Krankheit. Solange wir kein objektives mikroskopisches Erkennungsmerkmal haben, solange werden die Schwierigkeiten wegen der Benennung nicht aufhören.

2. Fritz Lesser demonstriert ein junges Mädchen, welches seit 5 Jahren an einer Affektion leidet, die die Streckseite der Unterarme und Finger befallen hat. Nachschübe der Krankheit finden besonders im Frühjahre und Herbste statt. Es bilden sich Papeln, in deren Mitte sich eine Nekrose entwickelt. Der Prozeß läuft ab unter Hinterlassung einer Narbe. Die Diagnose kann auf **Folliklis** gestellt werden.

3. Fritz Lesser demonstriert eine **Roseola tertiaria.** 31jähr. Mann, vor $3^1/_2$ Jahren Ulcus durum und Roseola; bekam 25 Hg-Injektionen, bis Wassermannsche Reaktion negativ war; danach trat wieder Roseola auf, und die Wassermannsche Reaktion wurde wieder positiv, Hg-Kur. Nach 2 Monaten zeigte sich abermals eine Roseola. Pat. erhielt Arsentropfen; es entwickelte sich eine Nephritis (12 pro Mille). Mitte 1910 bekam Pat. wegen abermaliger Roseola eine intraglutäale Salvarsaninjektion; daraufhin blaßte der Ausschlag ab; bald aber trat ein neues Rezidiv auf. Nach intravenöser Salvarsaninjektion wieder starke Albumenausscheidung (18 pro Mille), die allmählich auf 2 pro Mille zurückging. Jetzt besteht wieder eine Roseola; die Wassermannsche Reaktion war trotz Roseola häufig negativ, erst in letzter Zeit ist die Reaktion stärker positiv, nachdem die Flecke schon ca. 1 Jahr ohne Behandlung bestanden haben. Fournier hat diese Form der Lues für eine abgeschwächte gehalten, in der Tat belästigt die Krankheit den Pat. kaum ernstlich. Jetzt bekommt Pat. Schwitzbäder, und die Flecke beginnen abzublassen.

Diskussion: Rosenthal ruft in Erinnerung, daß er diese Form der Lues eingehend in der Festschrift für Lewin beschrieben habe; die Ringe treten in der Kälte besser hervor, dabei spielen die Gefäßnerven gewiß eine Rolle.

E. Lesser. Solche anuläre Formen kommen auch in noch späteren Stadien der Lues zur Beobachtung, selbst 8—10 Jahre nach der Infektion.

4. Rosenthal stellt einen 70jähr. Mann vor mit einer seit vielen Jahren bestehenden Affektion, die von anderer Seite als Lupus erythematodes angesprochen und behandelt worden war. Bei näherer Untersuchung ergibt sich aber, daß Pat. an einem **Lichen ruber planus** leidet. Es finden sich Lichenknötchen auf der Mundschleimhaut, einzelne Herde auf der Haut und warzige Knötchen auf der Kopfhaut (Lichen corné).

5. H. Isaac. **a) 2 Fälle von Sklerodermie,** betreffen 2 junge Mädchen, bei denen sich das Krankheitsbild ganz plötzlich entwickelte, ohne daß irgend welche Erscheinungen vorausgegangen oder ätiologische Momente zu eruieren waren. In dem einen Falle bildete sich auf dem oberen Augenlide ein kleiner kreisförmiger Herd, der allmählich wuchs und die Augenwimpern zum Ausfall gebracht hat. Bei dem anderen Kinde entwickelte sich eine brettharte Stelle an der Bauchseite bis auf den Oberschenkel übergreifend, entsprechend dem Verlaufe des Nervus ileohypogastricus und femoralis.

b) Patientin, ca. 30 Jahre alt, wies bei der Aufnahme an einem Unterschenkel eine eingezogene, brettharte Hautstelle auf; sie gab an, daß hier ein Knoten gewesen sei, der die narbige Retraktion hinterlassen habe. Sie habe schon mehrfach solche

Digitized by Google

Geschwülste gehabt. Es fand sich auch noch eine ganze Reihe solcher Tumoren, besonders in der Gesäßgegend. An den Unterschenkeln ließ sich die Haut über der Geschwulst verschieben, an den anderen Stellen schienen die Tumoren fest in die Haut eingesprengt zu sein. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose **Erythema induratum** (Bazin). 2 Brüder der Pat. leiden an Tuberkulose, sie selbst ist zur Kur in Görbersdorf gewesen.

Diskussion: Fr. Lesser. Der Prozeß beschränkt sich der Hauptsache nach auf die Subkutis; das Infiltrat reicht in das Fettgewebe hinein. Wir finden hauptsächlich epitheloide Zellen; wo die Zellanhäufung am dichtesten ist, sind die elastischen Fasern geschwunden. Außerdem finden sich Nekrosen. Das alles sind Veränderungen, die einem Granulom entsprechen. Die epitheloiden Zellen und die Riesenzellen weisen auf eine Tuberkulose hin. Säurefeste Stäbchen ließen sich nicht nachweisen. (Demonstration der mikroskopischen Präparate.)

6. M. Friedländer, **Ein Fall zur Diagnose.** Vor 3 Wochen kam Pat. in Behandlung mit einem Geschwür an der Außenseite des Oberarms. Die Anamnese und die Wassermannsche Reaktion waren negativ, die Affektion hatte mit mäßigem Juckreiz begonnen und sich in den 2 Tagen des Bestehens stark vergrößert. Von Blastomykose und Sporotrichose ging auf Maltoseagar nichts an, und auf gewöhnlichem Agar wuchsen nur unbestimmte Kulturen. Absichtlich wurde JK. nicht verordnet, sondern nur das indifferente. Acidum Halleri. Die Geschwürsheilung ging dabei glänzend vonstatten.

Diskussion: Rosenthal. Solche schwammige Granulationen können sich auf jedem vernachläßigten Ulkus bilden. Das Hallersche Sauer konnte nur bei gleichzeitig geübter Reinhaltung des Geschwüres wirksam erscheinen.

Friedländer. Auffällig bleibt die kolossal schnelle Entwicklung der Ulzeration, auch er habe von der Heilkraft des Hallerschen Sauers nichts gehalten.

7) M. Friedländer zeigt einen Patienten mit einer universellen Rötung der gesamten Haut; vor 6 Wochen sah Pat. noch röter aus als jetzt. Die Affektion setzt sich aus lauter kleinen einzelnen follikulären Effloreszenzen zusammen, die mit kleinen Schüppchen bedeckt sind (**Pityriasis rubra pilaris**). Therapeutisch wurden Röntgen und Arsen angewandt, woraufhin die Schuppenbildung nachließ. Dabei finden sich hier und da kleine weiße Flecke ein, von denen Pat. behauptet, daß sie neue Schübe ankündigen.

8. M. Friedländer zeigt weiterhin einen **Fall von strichförmiger Hauterkrankung** am rechten Oberschenkel. Die Affektion besteht angeblich seit der Geburt, ist aber teilweise spontan geschwunden; letzteres spricht gegen Nävus. Man könnte auch an Lichen moniliformis Kaposi denken, doch kommt dieser nicht angeboren vor. Die Nerven sind anscheinend nicht beteiligt, auch Prof. Oppenheim konnte nichts Besonderes finden.

Diskussion: Arndt hat den Patienten schon früher gesehen und den Fall histologisch untersucht. Es handelt sich danach um eine ekzematöse Krankheit. Auffällig ist freilich die lange Dauer und die Halbseitigkeit des Prozesses.

Friedländer will den Fall nicht als Ekzem gelten lassen.

Arndt betont, daß er die Diagnose Ekzem nicht stellen könne, sondern nur ausgesprochen habe, daß das histologische Bild einem Ekzem entspräche (Ödem im Rete Malpighi und perivaskuläres Infilirat). Lichen ruber moniliformis ist auszuschließen, weil bei diesem das subepidermoidale Infiltrat besonders dicht ist.

9. Pinkus stellt einen 13jährigen Knaben mit **diffusen Boeckschen Sarkoiden des Gesichts,** Lupus pernioartig, vor. Die Krankheit besteht, wie sie jetzt ist, um die Augen herum und an Nase und Wangen seit 2 Jahren; an den Ohrläppchen bestand

Digitized by Google

der Prozeß schon seit dem achten Jahre, wo er mit Hinterlassung einer Verdünnung und Ausziehung der Haut abgeheilt ist, danach ist zu hoffen, daß auch die jetzige krankhafte Veränderung keine schweren Zerstörungen zeitigen wird. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein rein tuberkulöses Gewebe, Ansammlung von epitheloiden Zellhaufen mit Riesenzellen und mäßig starkem Rundzellenwalle.

Diskussion: Rosenthal hat den Fall auf seiner Klinik mitbeobachtet. Beide Nasenflügel sind befallen, die Oberlippe ist rüsselförmig vorgestülpt. Es handelt sich um eine richtige Neubildung. Charakteristisch ist das symmetrische Auftreten, die harte Infiltration und das feste Anliegen auf der Unterlage.

Arndt. Auf dem Kongreß in Bern hat Bloch einen ähnlichen Fall als Lupus Pernio vorgestellt; man müßte noch die Tuberkulinreaktion anstellen.

Rosenthal: Pirquet war negativ.

10. Held zeigt eine Patientin, die er vor zwei Monaten im Krankenhause Moabit beobachtete, mit Erscheinungen an Gesicht und Händen, die für Erythema exsudativum sprachen.

Ledermann, dem er die Patientin zeigte, schloß sich anfangs dieser Diagnose an, doch machte ihn das lange Bestehen der Affektion stutzig; auffällig war auch die livide Verfärbung und Schwellung. Sie schlossen nunmehr auf eine tuberkulöse Affektion. Das Erythem wurde geringer, statt dessen bildeten sich mit Krusten bedeckte, knotige Effloreszenzen, die sich z. T. spontan resorbierten. An den Händen stellten sich papulöse und papulo-pustulöse Effloreszenzen ein (**Lupus erythematodes acutus disseminatus**). Bei dieser Form des Lupus erythematodes haben wir nicht die typischen Scheiben, Vernarbungen können fehlen; er pflegt in allen möglichen Formen aufzutreten. Kaposi erwähnt auch Irisformen und Bilder, die — wie in diesem Falle — an das Erythema exsudativum erinnern.

11. Tomasczewsky, **Über Spirochätenkulturen aus einem syphilitischen Primäraffekt.** Nach der von Burri angegebenen Methode fielen alle Kulturversuche negativ aus. Nach dem Schereschewskyschen Verfahren gelang es, wenigstens annähernd Reinkulturen zu erhalten; denn begleitende Bakterien waren tinktoriell nicht mehr nachweisbar, und die damit beschickten Agarplatten blieben steril. Alle Tierimpfungen sind bis jetzt negativ ausgefallen, doch liegt die älteste Impfung erst $4^1/_2$ Woche zurück. Die Spirochäte, deren Züchtung gelungen ist, ist nicht wesentlich verschieden von der bei Affen und Menschen vorkommenden Syphilisspirochäte. Im Tuschepräparat sehen wir die charakteristischen Windungen der Pallida, wie sie spitz endigt und häufig in einen Faden ausläuft; im Dunkelfelde kann man die bohrenden, peitschenartigen Bewegungen beobachten; mit Giemsa nehmen sie einen zartrosa Ton an, wie er im gewissen Grade für die Pallida charakteristisch ist. Die Spirochäten sind sicher anaerob. Was den gezüchteten Spirochäten fehlt, ist der bekannte Geruch und die Verflüssigung des Nährbodens. Beim Kulturverfahren sieht man in den ersten Tagen Spirochäten mit 2 Windungen auftreten, in den folgenden Tagen mit 3, 4 und 5 Windungen. Auch beobachtete T., wie schon Burri, noch eine feine Spirochäte en miniature im Anhange an einer andern oder einen Knopf mit feinem Fortsatz. Hier sind noch weitere Forschungen nötig.

Diskussion. Arnheim versuchte zunächst nach dem Schereschewskyschen Verfahren zu kultivieren, jedoch waren die Schwierigkeiten zu groß; auch nach der Modifikation von Noguchi ist selten ein Fall angegangen. Bouillonkulturen durchwachsen schon in der 3. Generation das Berkefeldfilter, aber die verunreinigenden Bakterien wachsen schneller durch; man muß deshalb ev. bis zur 9. Generation überimpfen, ehe man zum Ziele kommt. Mit Serumagar gelang es A. dagegen, schon in der 4. Gene-

Digitized by Google

ration die Reinkultur der Spirochäten zu erhalten (Demonstration). Die Hauptschwierigkeit liegt darin, daß je mehr die Reinigung vor sich geht, desto schwieriger die Kultur wird. Noch ist die Kultur sehr mühselig. Nach halbjähriger Arbeit sind von 25 Krankheitsfällen nur drei Kulturen geglückt. Die Kaninchenimpfung ist negativ ausgefallen.

Tomasczewsky. Nach der Noguchischen Originalmethode sind seine Kulturen nicht gewachsen, wohl aber auf einfachem Serum mit Gewebsstückchen. Die Spirochäten wachsen dank ihrer Beweglichkeit den begleitenden Bakterien voraus, an der Spitze sind sie fast rein; das muß man von Generation zu Generation benutzen. Entgegen der Ansicht von Arnheim glaubt T., daß die fast reinen Kulturen noch ebenso schnell wachsen wie zu Beginn des Kulturverfahrens.

12. F. Lesser: **Über epileptiforme Anfälle nach Salvarsan:**

a) 44jähriger kräftiger Mann, April 1910 Hg Salizylkur, Juli Rezidiv, erhält intraglutäale Salvarsaninjektion, August nochmals; 8 Wochen später eine intravenöse Injektion. Ca. 8 Wochen darnach wurde Patient von heftigen $1^1/_2$ Stunden währenden Krämpfen befallen. Später bekam Patient noch 0,6, ein Jahr darauf noch 0,3 und 0,4 Salvarsan, ohne daß sich Störungen zeigten.

b) 39jähriger Mann, vor 15 Jahren Infektion. 2 Kuren. Zeichen beginnender Tabes. W. R. ++++. 3 lösliche Hg-Injektionen, darnach 0,5 Salvarsan, darauf noch einmal 0,6. Zunächst keine Störungen, 3 Tage nach der zweiten Injektion stellten sich unter Fieber Gliederschmerzen ein, die für Influenza gehalten wurden. Das Fieber verschwand, am Abend jedoch setzten epileptiforme Anfälle ein, und am nächsten Morgen erfolgte der Tod. Die Obduktion ergab Leptomeningitis, aber keine luetischen Veränderungen an den Gefäßen. Lesser hat aus der Literatur ähnliche Fälle zusammengestellt. 1. Gruppe umfaßt 12 Fälle mit akutem Beginn. Ganz unvermittelt wird Patient bewußtlos, und ca. 24 Stunden später tritt der Tod ein. Die Sektionen ergaben meist nur eine Leptomeningitis, ev. eine beginnende Enzephalitis. 2. Gruppe umfaßt 8 mehr chronisch verlaufende Fälle. Die Erscheinungen treten erst nach Wochen auf, und die Kranken genesen alle. In den zusammengestellten Fällen war weder die Dosis zu hoch, noch kann die Wiederholung der Injektion angeschuldigt werden (alle bis auf eine intravenös). Als Ursachen für die Störungen kommen in Betracht:

1. Pilzinvasion durch mangelhaft destilliertes Wasser (Wechselmann) ist hier auszuschließen, da die Krämpfe erst nach 3 Tagen einsetzten.

2. Die Herxheimersche Reaktion kann für die Gruppe 1 nicht verantwortlich gemacht werden, da sich so akut keine Veränderungen der Gefäße ausbilden können. Da Salvarsan viel rascher wirkt als Hg, ist es nicht zu verstehen, daß man die Möglichkeit einer Herxheimerschen Reaktion noch nach 5—6 Tagen behaupten will. Es ist zudem fraglich, ob es eine Herxheimersche Reaktion an den inneren Organen und im Spätstadium gibt.

3. Neurorezidive. Es ist auffällig, daß es bei der Therapia sterilisans häufiger Neurorezidive gibt als bei Hg. Neurorezidive kommen hier wohl nicht in Betracht, da sie erst 6 Wochen post injectionem beobachtet werden.

4. Salvarsanschädigung. Wir kennen noch andere Gifte, die erst nach einer gewissen Inkubation in die Erscheinung treten und keine charakteristischen Sektionsbefunde machen. Erinnert sei an die Methylalkoholvergiftung. Wie erst die Zersetzungsprodukte des Methylalkohols giftig wirken, so glaubt man auch, daß erst gewisse Umsatzprodukte des Salvarsans die spezifische Wirkung ausüben. Die entstehenden toxischen Stoffe machen teils funktionelle, teils organische Schädigungen in verschieden starkem Grade. Salvarsan wird noch nach Wochen vom Körper ausgeschieden, in der Leber

Digitized by Google

finden sich Arsen noch nach Monaten. Neurorezidive sind nichts anderes als organische Schädigungen. Bestehende luetische Veränderungen können sich auf Salvarsan steigern (Herxheimersche Reaktion innerer Organe). Auf der Haut haben wir den neurotoxischen Schädigungen entsprechende Vorgänge, nur harmloser.

5. Überempfindlichkeit. Die anstandslos vertragenen Injektionen schließen die Anaphylaxie aus. Wir spritzen ja auch kein artfremdes Eiweiß ein. Es liegt kein Grund vor, die beiden aufgestellten Gruppen als durch verschiedene Ursachen bedingt erklären zu wollen.

Russische Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg.

Sitzung vom 28. Januar (10. Febr.) 1912.

Originalbericht von Dr. Leo Ehrlich-St. Petersburg.

Vorsitzender Prof. Pawloff teilte den Tod des Mitgliedes der Gesellschaft Dr. Hellat mit und forderte die Anwesenden auf, das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen zu ehren (es geschah).

1. Morosoff demonstriert einen Fall von **Syphilis gummosa serpiginosa regionis genitalis et pubis.** Der Patient bekam im Jahre 1905 eine kleine Ulzeration am Penis, welche schnell und beinahe ohne jede Behandlung heilte; einen Monat später hat sich ein Bubo inguinalis sin. gebildet; es kam zur partiellen Suppuration, und da die Perforationsstelle lange nicht heilen wollte und außerdem noch eine Drüse zurückgeblieben war, so hat der Chirurg den Bubo radikal operiert, worauf die Wunde glatt abheilte. Ein Jahr später haben sich am Penis ulzerierte Vegetationen gebildet, welche wiederum chirurgisch behandelt worden sind; nun schritt der Prozeß über den ganzen Penis weiter, es wurde schließlich Amputatio penis vorgenommen; sehr schnell nach der Operation bildeten sich wieder mehrere Ulzerationen; der Ulzerationsprozeß nahm bald einen sehr großen Umfang und hat sich auf die ganze Regio pubica und inguinalis ausgebreitet. In diesem Zustande wurde der Kranke in Prof. Pawloffs Klinik aufgenommen und eine antisyphilitische Behandlung sofort eingeleitet. Der gummöse Prozeß hat sich binnen kurzer Zeit unter entsprechender Behandlung mindestens um $^2/_3$ vernarbt.

2. Terebinsky zeigt einen Kranken mit **Parapsoriasis.** Es handelt sich um einen jungen Mann, bei welchem sich nach einer Fingerverletzung eine kleine Ulzeration gebildet hat; einige Zeit später vergrößerte sich die entsprechende Kubitaldrüse und kurz darauf zeigte sich ein Hautexanthem, welches seitens eines Spezialarztes als Roseola syphilitica diagnostiziert worden ist. Der Arzt hat sofort eine antisyphilitische Behandlung vorgenommen. Die spezifische Behandlung hat aber keinen Erfolg gehabt und blieb der Hautausschlag beinahe ohne jeder Veränderung. Augenblicklich hat der Kranke einen Ausschlag, welcher eine Roseola maculata et elevata vortäuschen könnte. Die Diagnose Parapsoriasis ist auch durch mikroskopische Untersuchung bestätigt; man sieht auf den mikroskopischen Präparaten, daß das Epithel der Gefäße vollkommen intakt geblieben ist. Wassermannsche Reaktion ist negativ.

Diskussion: Schafir meint, daß man jedoch in diesem Falle die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Syphilis nicht definitiv ausschließen kann; es kann sich hier auch um eine Roseola recidiva handeln, dafür spricht die allgemeine Skleradenitis und ein sehr verdächtiges klinisches Bild des Hautexanthems; es wäre nicht übel, die Involution des Hautausschlages noch weiter zu beobachten und nicht so sehr die klinische Diagnose aus der mikroskopischen Untersuchung herzustellen; es ist nähmlich eine Koinzidenz des syphilitischen und nicht syphilitischen Exanthems in diesem Falle leicht möglich.

Digitized by Google

Terebinsky erwidert auf Schapirs Bemerkung, daß es zur mikroskopischen Untersuchung nicht eher kam, als bis man sich überzeugte, daß das klinische Bild für Syphilis nicht charakteristisch sei.

Pawloff schließt sich der Diagnose Parapsoriasis an.

Solowieff erinnert an einen Fall von Parapsoriasis, welchen er seinerzeit zu demonstrieren Gelegenheit hatte; er betont dabei ein sehr eigentümliches Merkmal, welches er bei Parapsoriasis beobachtet hatte; wenn man nämlich mit der Fingerspitze über die Haut streicht, so bekommt man eine linäre Schuppung.

Gundoroff meint, daß man schon aus der Anamnese des von Terebinsky vorgestellten Falles ein Ulcus specificum a priori ausschließen könnte, dafür spricht schon die Indolenz der Ulzeration, deren relativ prompte Heilung usw.; nach seiner Beobachtung sollen die spezifischen Ulzerationen an den Fingern einen ganz andern Verlauf haben.

3. Bormann berichtet über einen Fall von **Aknekeloid**, welchen er günstig mit Röntgenbestrahlung behandelt hat; die ganze Behandlung dauerte 3 Monate; es wurde bei 15 cm Röhrenentfernung 5 H verabreicht.

Diskussion. Morosoff erinnert sich eines Falles von Aknekeloid, welches sich nach Bromakne entwickelt hat und die ganze Affektion sich von dem Nacken über den ganzen Rücken verbreitete. Solowieff warnt vor der Elektrolyse zur Behandlung des Keloids, da unter Umständen die Elektrolyse selbst ein Keloid hinterlassen könne; dies hatte S. selbst nach einer Warzenentfernung erlebt. Gundoroff empfielt Fibrolysin; von diesem Mittel hat er gute Resultate gesehen. Pawloff bemerkt, daß was die Keloidbehandlung anbetrifft, so sei es eine große Hauptsache den richtigen Moment zum Beginn der Behandlung zu ergreifen.

4. Terebinsky demonstriert einen Fall von **Syringom**; die Demonstration wird durch mikroskopische Präparate erläutert; der Vortragende behauptet, solcher Fall wäre in Rußland der erste.

Diskussion. Ehrlich bemerkt, daß soweit man es aus dem mikroskopischen Präparate ersehen kann, der vorgezeigte Fall kein typisches Syringom vorstelle; man könne diesen Fall mit gleichem Recht als Spirom oder auch Zystadenom betrachten.

Terebinsky besteht auf seiner Diagnose.

Schapir bemerkt, dieser sei nicht der erste Fall in Rußland; es seien ihm noch zwei gleiche Fälle bekannt.

Pawloff, Solowieff und Ehrlich äußern sich in dem Sinne, daß man öfters in der Praxis solche Fälle sieht; gewöhnlich werden sie als Talgzysten oder miliare Atherome betrachtet und dementsprechend behandelt.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Bd. 19, Heft 2, Februar 1912.

Beitrag zur Kenntnis der fieberhaften Reaktionen nach intravenösen Salvarsan-Injektionen, von O. Brüchler-Rostock. Verfasser bestätigt die Wechselmannsche Erklärung von dem fieberlosen Verlauf post intravenöser Injektion durch sorgfältige Reingewinnung des destillierten Wassers, glaubt aber bei dennoch eintretenden Reaktionen Gründe hierfür gefunden zu haben. Aus den angeführten Beispielen erhellt, daß offenbar das Krankheitsbild selbst, d. i. die Form der jeweils vorliegenden Krank-

Digitized by Google

heitssymptome, für die Reaktionsweise des Organismus auf das einverleibte Salvarsan bestimmend ist. Die Stärke der reaktiven Erscheinungen steht im direkten Verhältnisse zur Ausdehnung der Krankheitserscheinungen, und somit zur Zahl der Krankheitserreger selbst. Ein zweiter Faktor ist die Güte und zeitliche Nähe oder Ferne früher durchgemachter antiluetischer Kuren. Als dritter Faktor kommt die Form der Krankheitserscheinungen in Betracht. Je größer das Gewebsprodukt, in welchem sich die Spirochäten eingekapselt haben, um so schwieriger das Eindringen des Mittels, um so mäßiger, aber auch länger dauernd die fieberhafte Reaktion.

Zur Kenntnis der idiopathischen genitalen Lymphangiektasie, von Norbert Türk-Wien. Der Verfasser schildert nach einem literarisch historischen Überblick der verschiedenen Ansichten über die Ätiologie der Lymphgefäßerweiterungen einen selbst beobachteten Fall bei einem Kranken, bei dem die geschlängelte Vorwölbung der kranzförmigen Gefäße und deren dorsale Sammelbahnen angeblich plötzlich, ohne vorangegangenen Traum irgend einer Art, bei einer Erektion zustande gekommen ist. Diese Bildung war an der Unterlage verschieblich und beim Herüberführen mit den Fingern tastete man 1—2 aneinander liegende, spulrunde, ziemlich harte Stränge, welche in der Mitte die größte Dicke aufweisen, gegen die beiden Enden an Durchschnitt abnahmen und endlich unter dem Integument verschwanden. Die histologische Untersuchung ergibt im Gefäßinhalt in der Nähe der Ligatur eine thrombusähnliche Endothelien und Leukozyten enthaltende homogene Beschaffenheit, wobei die Gerinnungsmasse teils eng an der Gefäßwand, teils frei im Lumen liegt. Die mittleren Segmente führen ein feinkörniges, mit Eosin blaßrosa färbbares seröses Gerinnsel, in welchem hier und da einzelne zellige Elemente liegen. Verfasser nimmt eine latente Alteration der koronaren und dorsalen Lymphbahnen an, die bei einer hinzugekommenen mechanischen Gelegenheitsursache zum klinisch nachweisbaren Krankheitsbilde verhalf.

Resultate längerer klinischer Beobachtungen über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von P. A. Pawlow-Moskau. Der Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Salvarsan ist eins der mächtigsten Heilmittel.

2. Bei den gegenwärtig gebräuchlichen Anwendungsmethoden des Salvarsans, selbst in Kombination mit Quecksilber, hält er eine Therapia sterilisans magna als wenig wahrscheinlich.

3. Rezidive werden bei der Salvarsanbehandlung ebenso wie bei der Quecksilberbehandlung bei weitem nicht selten beobachtet, und zwar bisweilen sehr rasch nach der Salvarsanapplikation.

4. Selbst in Kombination mit Quecksilber und Jod vermag das Salvarsan der Entwicklung der schwersten und irreparablen Störungen des Zentralnervensystems nicht entgegenzuwirken.

5. Einige seiner Fälle sprechen dafür, daß das Salvarsan die Entwicklung von syphilitischen Affektionen der Hirnnerven überhaupt und der Augennerven insbesondere begünstigte.

6. Das Salvarsan hat zwar im allgemeinen auf das Verschwinden der verschiedenen Syphilide einen mächtigen Einfluß, es wirkt aber nicht gleichmäßig in den einzelnen Fällen, z. B. bei den papulösen, pustulösen und ulzerösen Syphiliden.

7. Das Salvarsan hat eine besonders rasche epidermisierende Wirkung.

8. Eine besonders glänzende Wirkung zeigt Salvarsan bei den Schleimhautplaques.

9. Bei syphilitischen Knochenaffektionen ist die Wirkung des Salvarsans unzureichend.

10. Bei Leukoderma zeigt Salvarsan keinen Erfolg. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Proceedings of the Royal Society of Medicine.

Dermatological Section.

Sitzung vom 18. Jan. 1912.

Fall von Striae cutis distensae, von E. G. G. Little. Ein 16jähriger Knabe, dem wegen einer Augenverletzung längere Zeit hindurch strenge körperliche Ruhe vorgeschrieben worden war, bot an den Oberschenkeln und Hinterbacken zahlreiche rote, lineäre Erhebungen von 2—7 cm Länge dar. An einigen Stellen waren die Läsionen bereits zu glatten oder eingezogenen Narben umgewandelt.

Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little. Es handelte sich bei dem 5jährigen Mädchen wahrscheinlich um die von Unna als Ekzema seborrhoicum areatum bezeichnete Affektion.

Fall zum Diagnostizieren, von J. M. H. MacLeod. Der 30jährige Patient ist längere Zeit hindurch antisyphilitisch ohne Erfolg behandelt worden; Verfasser stellt die Diagnose psoriasiforme Seborrhöe oder Psoriasis in ungewöhnlicher Form; doch kann es sich auch um Tuberkulide handeln.

Fall zum Diagnostizieren, von G. N. Meachen. Bei dem 56jährigen Manne sind die Hauptsymptome ein intensiver Pruritus und starke Pigmentablagerung, besonders am Rücken, wozu sich seit etwa 6 Wochen ein schuppiges Erythem, wie bei Parapsoriasis, gesellt hat. Vielleicht handelt es sich um das Vorstadium der Mykosis fungoides.

Fall zum Diagnostizieren, von J. H. Sequeira. Differentialdiagnostisch sind bei dem mit drei kleinen Tumoren behafteten 58jährigen Manne in Betracht zu ziehen: Sarkomatosis, Mykosis fungoides und Lipom.

Kulturen von Trichophyton plicatile, welche von einem durch granulomatöse Läsionen komplizierten Falle von ausgedehnter Trichophytie des Rumpfes und der Extremitäten stammten, von J. H. Sequeira.

Ausgedehnter Nävus mit Beteiligung vorwiegend der linken Körperhälfte und der rechten Seite des Halses bei einem 14jährigen Mädchen, von J. H. Sequeira. Die Läsionen waren ganz ähnlich denen des von Morris in der vorigen Sitzung vorgestellten Falles.

Nachtrag zu einem Fall von artifiziellem Hautausschlag, von F. P. Weber. Eine 37jährige neurotische Frau litt längere Zeit an einem vorwiegend am Abdomen lokalisierten bullösen Ausschlag. Man legte ihr einen Verband mit Stärkebinden um den Leib, doch wurde damit kein vollständiger Abschluß erzielt, denn bei der Abnahme fanden sich neue Blasen und sicher nachzuweisende Partikel von gepulverten Kantharіden. Philippi-Bad Salzschlirf.

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venerologie.

(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych).

1911, Nr. 5—6.

1. Über die intravenösen Infusionen von Salvarsan, von F. Krzysztalowicz und H. L. Weber. Erschienen gleichzeitig in Monatsheften f. p. D., Bd. 53, H. 9.

2. Über Vitiligo, von Julius Wisniewski. An der Hand von Krankengeschichten einiger Vitiligofälle aus eigener Praxis bespricht Verf. die Ätiologie, Pathogenese und Therapie der Vitiligo. Der erste Fall betrifft einen 30jährigen neuropathisch veranlagten Mann, bei dem die Hautveränderung vor sechs Jahren an den Geschlechtsteilen zum Ausbruch gekommen ist und sich dann allmählich nach unten auf die Oberschenkel und nach oben auf den Thorax ziemlich symmetrisch verbreiterte. Seit einigen Monaten

Digitized by Google

leidet Patient gleichzeitig an Alopecia areata capillitii. Im zweiten Falle — 15jähriges Mädchen — stellte sich Vitiligo vor einem Jahre unmittelbar nach Ablauf von Scharlach ein. Der dritte Fall betrifft einen 25jährigen Arbeiter, der vor sechs Monaten auf dem Handrücken beider Hände kleine runde, pigmentlose Stellen bemerkte, die sich dann konzentrisch vergrößerten; die Mutter des Patienten und einer seiner Brüder leiden ebenfalls an Vitiligo. Bei beiden letzten Fällen — 32jährige Frau und 19jähriges Mädchen — kam es zum Ausbruch von Vitiligo ohne irgend eine greifbare Ursache. — In sämtlichen Fällen wurden keine Sensibilitätsstörungen beobachtet. Drei Fälle wurden histologisch untersucht. Weder Mast- noch Plasmazellen konnten vorgefunden werden. Im Epithel kommen die Chromatophoren nur hier und da vereinzelt vor, und zwar in der untersten Schicht; dagegen sind sie im Bindegewebe in normaler Zahl vertreten. Die Gefäßwände zeigen atrophische Veränderungen in Form deutlicher Verdünnung. Die Papillen erscheinen in der Papillarschicht vollkommen eingedrückt. Auf Grund seiner Befunde neigt Verf. zur Annahme, daß es sich bei Vitiligo um Unterbrechung der Pigmentzufuhr seitens der Chromatophoren handelt, was seinerseits mit der Atrophie der Gefäßwände im Zusammenhang stehen kann. — Die Epithelzellen und die Bindegewebszellen können nach Verf. wahrscheinlich unabhängig voneinander Pigment bilden, da er die Melanoblasten sowohl im Epithel, als in der Kutis — in der letzteren in größerer Zahl — vorgefunden hat.

3. Bedeutung und Wert der Wassermannschen Reaktion mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Indikationen, von Felix Malinowski (Schluß). Im letzten Abschnitte seines ausführlichen Referates bespricht Verf. eingehend den Einfluß der spezifischen Behandlung auf den Ausfall der Seroreaktion. Über 1500 Fälle wurden vom Verf. mit Salvarsan behandelt; doch referiert er nur über diejenigen, die er länger als ein halbes Jahr beobachtete. Bei elf Kranken mit harten Schankern und negativer Blutreaktion blieb die letztere nach Salvarsananwendung stets negativ, und es kam bei denselben zu keinen sekundären Erscheinungen. Größere Dosen (0,8—1,0) und intramuskuläre Einspritzungen gaben dem Verf. diesbezüglich bessere Resultate als kleinere und intravenös applizierte. In der Sekundärperiode wurden 86 Patienten periodisch untersucht. Bei 20 Kranken konnte die Seroreaktion durch Salvarsankuren entweder gar nicht oder nur vorübergehend beeinflußt werden. Dagegen konnte die positive Reaktion in negative dauernd umgewandelt werden: bei 18 Patienten nach einmaliger, bei 15 nach zweimaliger Salvarsananwendung, bei 33 nach dreimaliger Salvarsaneinspritzung und gleichzeitiger Quecksilberkur. Unter den 47 Kranken mit tertiären Erscheinungen konnte die positive Seroreaktion in acht Fällen nach einmaliger, in 14 Fällen nach zweimaliger Salvarsaneinspritzung beeinflußt werden; in sechs Fällen blieb sie positiv trotz dreimaliger Salvarsan- und energischer Quecksilberkur. Auf Grund seiner Erfahrungen kommt Verf. zu folgenden therapeutischen Rückschlüssen. Die spezifische Behandlung soll sofort nach Feststellung der Diagnose des harten Schankers begonnen werden. Die Behandlung soll nicht nur das Verschwinden der Symptome, aber womöglich auch der positiven Seroreaktion bezwecken. Der positive Ausfall der Reaktion im latenten Stadium der Syphilis sei als eine Indikation zur weiteren Kur, der stets negative im späteren Stadium der Erkrankung, nach längerem Aussetzen der Kur, als Indikation zum Abschluß der Behandlung anzusehen.

1911, Nr. 7—8.

1. Die Histologie der syphilitischen Infiltrate nach der Salvarsananwendung, von Franciszek Krzysztalowicz. Erschienen gleichzeitig im Monatsh. f. p. D., Bd. 53, H. 9.

2. Über Vakzinotherapie, von Stanislaw Serkowski (Fortsetzung). Eingehende

Digitized by Google

Beschreibung der Methodik der Opsonine und Bakteriotropine und der theoretischen Grundlagen der Vakzinotherapie (Forts. folgt).

1911, Nr. 9—10.

Über Vakzinotherapie, von STANISLAW SERKOWSKI (Fortsetzung). Weitere Erörterungen der Theorie der Vakzinotherapie. Allgemeine Übersicht der therapeutischen Resultate. Technik der Vakzinebereitung. Bereitung der Vakzine mit Zuhilfenahme der ultravioletten Strahlen. Im letzten Kapitel bespricht Verf. eingehend das Wesen der prophylaktischen Vakzine, wobei er sich auf eigene Erfahrungen während der Choleraepidemien in Südrußland und in Lodz (Königreich Polen) beruft. Der bakteriolytische Index wuchs nach jeder Vakzineanwendung so bedeutend und deutlich, daß „jeder, der solche Untersuchungen unternommen hat oder dabei anwesend war, nicht den geringsten Zweifel über die Wirksamkeit der Vakzination haben kann". Es wurden dabei keine unangenehmen Nebenerscheinungen — bis auf lokale Reaktion und geringe allgemeine Symptome — beobachtet. Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Archives of Surgery, von SIR JONATHAN HUTCHINSON. Bd. 11, Nr. 44, Oktober 1900; herausgegeben Dezember 1911. (London, West, Newman & Co.) Mit vorliegendem Band, der zum größten Teil schon vor zehn Jahren gedruckt, aber nicht herausgegeben wurde, schließt HUTCHINSON seine Archives of Surgery ab. Verf. macht selbst darauf aufmerksam, daß kein Versuch gemacht worden ist, die älteren Arbeiten auf den Standpunkt unserer heutigen Anschauungen zu bringen. Auf 92 Textseiten teilt Verf. zahlreiche Beobachtungen meist dermatologischer oder syphilidologischer Art mit. Besprochen werden eigenartige Formen von Lupus, frambösiforme Sykosis und Sykosiskeloid, seltene, anscheinend mit Xeroderma pigmentosum verwandte Hauterkrankungen, die RAYNAUDsche Krankheit, Granuloma fungoides, Hautkrankheiten, die mit vererbter Gicht zusammenhängen, eigenartig verlaufende Fälle von Syphilis, der Behandlung des Lupus erythematosus, des Ekzems, der RAYNAUDschen Krankheit usw.

Die Fülle des Materials eignet sich nicht zu ausführlicherem Referat an diesem Ort.

Fendt-Wiesbaden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Versuche, Scharlach auf Affen zu übertragen, von K. LANDSTEINER, C. LEVADITI und E. PRAŠCH. (Ann. de l'instit. Pasteur, 1911, S. 754.) Die Verfasser haben Material von den Tonsillen Scharlachkranker auf den Rachen von Schimpansen übertragen. Nach 2—3 Tagen entstand eine heftige Entzündung der Tonsillen, der Gaumenbogen und des Phargynx mit Bildung von Pseudomembranen und Geschwüren. Gleichzeitig besteht etwas Fieber. Die Affektion verheilt nach 6—7 Tagen und hinterläßt keine Immunität, da schon nach zwei Tagen Reinfektion möglich ist. Bei zweien von vier Versuchen, wo die Affen auch mit Blut Skarlatinöser infiziert worden waren, entstand gleichzeitig mit der Angina eine hoch fieberhafte, tödlich verlaufende Allgemeininfektion. Einmal trat ein dem Scharlachexanthem äußerst ähnlicher Hautausschlag auf, das andere Mal ein lokalisiertes Erythem. Die Verfasser erachten hiermit den Beweis für die Übertragungsmöglichkeit des Scharlachs auf Schimpansen für erbracht. Denn einerseits sind die Erscheinungen klinisch als skarlatinös anzusprechen und andererseits

Digitized by Google

sind die Läsionen der Tonsillen, Zunge und der Haut beim Affen den entsprechenden beim Menschen histologisch absolut identisch.

In den verschiedenen Läsionen und im Blute wurden auch reichlichst Streptokokken gefunden. Doch haben Impfungen mit Streptokokken, die entweder von den erwähnten Schimpansen oder von Scharlachkranken gewonnen waren, nur lokale Abszesse verursacht, nicht aber das oben erwähnte typische Krankheitsbild.

Versuche an niederen Affen haben keine eindeutigen positiven Resultate ergeben. Es entstanden nur Streptokokkenabszesse mit gelegentlicher Fiebersteigerung.

Richard Frühwald-Leipzig.

Scharlach. Vorläufige Mitteilung über einen spezifischen Mikroorganismus als Erreger des Scharlach, von A. E. Vipond-Montreal. (Arch. of Pediatric., Juli 1911.) V. hat in sieben Fällen von Scharlach einen Bazillus nachweisen können, den er für den Erreger der Erkrankung hält. Der Bazillus wächst auf allen gebräuchlichen Nährböden innerhalb der außerordentlich schnellen Zeit von $3^1/_2$ Stunden. Die Bazillen finden sich in den Lymphdrüsen, woselbst ihre Vermehrung stattfindet und von wo Toxine in das Blut übertreten. Verf. hat die Kulturen fünf Affen und zwei Kaninchen eingeimpft und hat bei jedem typischen Scharlach mit Exanthem, Lymphdrüsenschwellung und Abschuppung beobachtet, ohne daß an der Impfstelle Eiterung entstanden sei. Aus dem angefügten Bericht des Bakteriologen sei folgendes noch hervorgehoben: In den Kulturen finden sich lange Stäbchen mit abgerundeten Enden, die sich nach Gram färben und gelegentlich ein perlförmiges Aussehen haben, ohne daß metachromatische Granula nachweisbar wären. In einigen Kulturen zeigen die Stäbchen langsame oszillatorische Motilität. Die Organismen bilden endogene Sporen, die denselben Durchmesser wie die Organismen selbst haben. Auf Bouillon bilden die Kulturen einen anhaftenden Film, der in der Mitte einzusinken pflegt und unangenehm stark riecht. Auf Agar-Agar entwickelt sich ein feuchter glatter Film außerordentlich rasch, mit fadenförmigen Ausläufern und schließlicher Bildung eines rötlichen Farbstoffes. Auf Zuckernährboden entwickelt der Organismus Säure mit starker Gasentwicklung.

W. Lehmann-Stettin.

Beiträge zur Diagnostik und Prophylaxis der Scarlatina occulta, von M. L. Vladar-Budapest. (Orv. Hetilap, 1911, Nr. 37.) Nach Heubner können 20% in okkulter Form ohne Exanthem verlaufen. Der Halberfolg der Schutzmaßregeln wurzelt nicht in dem frühzeitigen Erkennen der manifesten Fälle, sondern eher in dem Nichterkennen der okkulten Fälle und so in dem Verschleppen des Kontagiums. Wenn in einer Familie Scharlach auftritt, pflegen an mehreren Mitgliedern der Familie, sowohl bei Kindern als, auch bei Erwachsenen, Rachenerkrankungen, Rachenkatarrhe, belegter Rachen, Nasen- und Rachenhöhlenentzündungen und Tonsillitiden aufzutreten. Bei Scharlachepidemien kommen auffallend viel Tonsillitisfälle zur Behandlung. Das zehn Monate alte Söhnchen eines jungen Ehepaares bekam plötzlich Fieber. Verfasser konnte die Ursache des Fiebers nicht feststellen. Am nächsten Tag ging die Temperatur stark zurück und aus dem Benehmen des Kindes konnte er auf Euphorie schließen. Es machte nicht den Eindruck eines ernsten Kranken. Bei Tageslicht fiel die schwachrosige Verfärbung der Hautfarbe auf, die in der Gegend der Hypochondrien und des Rückens etwas stärker war. Im Rachen ist kein verdächtiges Symptom. Verfasser traute sich nicht Scharlach zu diagnostizieren. 24 Stunden später war die angegebene Farbe spurlos verschwunden, und die Gesundheit des Kindes war wiederhergestellt. Vier Tage später erkrankte die Mutter des Kindes, eine 22jährige kräftige Frau, an typischem, sehr schwerem Scharlach. Das Kind wurde mit der Kindsfrau zu den Großeltern gebracht. Am vierten Tage traten da in Form einer Hausendemie Rachen-

Digitized by Google

entzündungen auf. Die Tonsillitis der Großmutter war von starkem Belag, hohem Fieber und schmerzlicher Dysphagie begleitet und dauerte neun Tage. Die Tonsillitis des 17jährigen Mädchens verlief in Form einer Tonsillitis follicularis bei hohem Fieber und die Wiederherstellung stellte sich erst zwölf Tage später ein. Die Kindsfrau hatte eine drei Tage anhaltende Rachenentzündung zu überstehen. Die Tonsillitis des Stubenmädchens verlief in drei Tagen. Auffallend ist, daß, wo verdächtige Rachenerkrankungen von manifesten Scharlachfällen vorkommen, diese einen abweichenden Typus zeigen. Hohes Fieber, hinausgeschobene Heilung, die durch allgemeinen Verfall, Nerven- und Muskeladynamie charakterisiert ist. Das Bild war ungefähr derart, als ob die Patienten von einer schweren Krankheit genesen wären. Die scharlachkranke junge Frau wurde von ihrem Manne und einem 21jährigen Dienstmädchen gepflegt. Der Mann blieb gesund, das Mädchen hatte eine sehr starke Rachenentzündung zu überstehen. Es war lange nachher gebrochen und schwach. Der kleine Junge war der erste Scharlachkranke, und er infizierte die Mutter; der Scharlach konnte nicht diagnostiziert werden. Das Kind verschleppte das Kontagium in das Haus der Großeltern, wo schon seit Monaten niemand krank war. Diese Erkrankungen haben eine gemeinschaftliche Ursache, das Virus ist ein gemeinschaftliches Kontagium, das sich nur klinisch, am Krankenbett in solch polymorpher Form zeigt. Alle fünf Rachenentzündungen waren okkulte Scharlachfälle. Der zweite Fall betraf eine Familie mit vier Schulkindern. Eines der Kinder schien in der Schule infiziert worden zu sein und erkrankte an Scharlach. Nach ihm erkrankte der Vater, die Mutter und zwei Brüder. Im Laufe von zehn Tagen erkrankten fünf Personen an Scharlach. Der älteste Knabe, ein zehnjähriger magerer Junge, erkrankte an mittelschwerer Rachenentzündung und genas in sieben Tagen ambulanter. Exanthem hatte er nicht. Verfasser hielt dies ebenso für Scharlach, wie jene Fälle, in denen evidentes Exanthem war. Es war nichts anderes als Scarlatina occulta. Die Scharlachröte ist wahrscheinlich die Folge der gelähmten und angegriffenen Gefäßwände, und wenn der Grad der Irritation hoch und der Widerstand klein ist, kann sich das Exanthem mit Blutunterlaufungen kombinieren. An Händen, Füßen und den Körperseiten der Individuen mit dünner Haut und starkem Ausschlag kann die Hautröte mit Hautblutungen abwechseln. Ein weiteres Zeichen der Reizung des Gefäßnervensystems ist das spontane Bluten aus Nase, Rachen und Zahnfleisch. Hecht machte die Erfahrung, daß auf dem Rücken und der Brust in Falten gelegte und unter mäßigem Drucke gehaltene Haut in 10—15 Minuten Blutungen aufweist. Rumpel umgab den Oberarm des Scharlachkranken mit einer Bresschen Kautschukbinde und rief 10—15 Minuten lang eine venöse Stauung hervor. In der Ellenbogenbeuge entstanden beinahe ohne Ausnahme punkt- oder streifenartige Hautblutungen. Das artifizielle Blutstocken ertrugen also die erkrankten Gefäße nicht und die Wände rissen. Die Neigung zu diesen Blutungen tritt sehr frühzeitig, am zweiten und dritten Tage auf und verschleppt sich bis in die Rekonvaleszenz. Alle prophylaktischen Maßregeln sind gegen den ausgesprochenen Scharlach gerichtet und man läßt alle Fälle laufen, die um den Preis einer Rachenentzündung den Ausschlag losgeworden sind. Während der Scharlachkranke 6—8 Wochen unter Schloß und Riegel gehalten wird, bekommt der zur selben Zeit erkrankte, aber in einem anderen Zimmer oder einem anderen Hause isolierte Anginapatient nach 4—5 Tagen die Absolution, kann ausgehen, kann seine Kameraden besuchen und kann eventuell zwei Wochen später mit Erlaubnis des behördlichen Arztes die Schule besuchen. Die Ansteckungsfähigkeit hält lange an, vielleicht 2—3 Monate, es ist sogar wahrscheinlich, daß sie eine eventuelle Nephritis oder Otitis prolongieren kann. Wie lange ihre Dauer ist, illustriert folgender Fall: Von sechs Kindern eines Schusters erkrankte eines an Scharlach. Innerhalb 24 Stunden übersiedelt der Vater

Digitized by Google

und fünf Kinder zu einem entfernt wohnenden Verwandten. Die isolierten Kinder blieben sechs Wochen gesund. Indessen genas Patient. Die behördliche Desinfektion wurde vorgenommen. Das Zimmer mit geweißten Wänden schwamm im strengsten Sinne des Wortes in Karbolwasser, der Fußboden wurde mit Lauge gescheuert, die Einrichtung wurde im Hofe gewaschen, das Bettzeug wurde in Dampf desinfiziert. Am vierten Tage nach der Desinfektion kam der Vater mit den fünf Kindern nach Hause. Drei Tage später erkrankten alle fünf Kinder an Scharlach. Das jüngste starb einige Tage später. Wenn die Ansteckungsfähigkeit der offenbaren Fälle so lange anhält, muß unbedingt angenommen werden, daß die Ansteckungsfähigkeit der heimlichen Fälle nicht mit dem Rachenprozeß aufgehört hat, sondern noch eine lange Zeit besteht. Solche Individuen verbreiten als Scharlachträger das Kontagium und verschleppen es. Eine Anomalie ist, daß man vom Gesichtspunkte der Schutzmaßregeln den deutlichen Scharlach in eine andere Kategorie weist, als die unausgesprochene Form, Scarlatina sine exanthemate. Die Anzeigepflicht müßte auch auf Anginafälle ausgedehnt werden und die Absperrungszeit müßte auch mindestens auf sechs Wochen festgestellt werden. Es ist auch sehr wichtig, daß es in das ärztliche Bewußtsein übergehe, daß jede Tonsillitis eine infektiöse und kontagiöse Erkrankung ist, in dessen Hintergrund auch Scharlach stecken kann. Die gewöhnlichen Tonsillitiden sollten nicht nur behandelt sondern auch einer prophylaktischen Beurteilung teilhaftig werden. Wenn die als einfache Tonsillitis erkannten Fälle als kontagiöse Objekte behandelt werden, würde das sehr viel dazu beitragen, daß das Kontagium nicht verschleppt werde. Porosz-Budapest.

Das himbeerfarbene Aussehen der Zunge ist kein für Skarlatina pathognomonisches Zeichen. (Semaine méd., 1911, Nr. 17.) Nach Vladimirow-Moskau wird dieser Zustand der Zunge auch bei anderen Krankheiten, so besonders bei Masern beobachtet. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von Scharlachrezidiv, von J. P. Crozer Griffith-Philadelphia. (New York med. Journ., 14. Okt. 1911.) Der Fall betraf ein 2jähriges Kind, welches 13 Monate nach einer typischen Scharlacherkrankung von einer ebensolchen, mit hohem Fieber, Halsschmerzen, charakteristischen Abschuppung an Händen und Füßen und schließlich einer postskarlatinösen Nephritis verbunden, befallen wurde. Im allgemeinen werden zweimalige Scharlachanfälle für sehr selten angesehen, wie aus der kurz angeführten Literatur ersichtlich ist. Stern-München.

Scharlach als Komplikation von Schwangerschaft, Entbindung und Puerperium, von Samuel Herzstein-New York. (New York med. Journ., 16. Sept. 1911.) Die 22jährige Primipara bekam zwei Tage vor ihrer Entbindung einen typischen, mit nahezu 40° Fieber verbundenen Scharlach, der über die Entbindung und noch sechs Tage im Puerperium anhielt (im ganzen zehn Tage). Schwangerschaft schützt demnach nicht vor Scharlachinfektion und letztere ist, obwohl ein septischer Prozeß und oft schwerer Natur, nicht immer gefährlich für das Puerperium; dieses und Scharlach können je ihren normalen Verlauf nehmen. Stern-München.

Das Herz des Kindes bei Scharlach, von Barré. (Thèse de Paris, 1910.) Anfänglich wird beim kindlichen Scharlach zumeist eine Tachykardie konstatiert, viel häufiger als eine Bradykardie. Zur Endokarditis kann eine Perikarditis hinzutreten. Letztere ist oft isoliert und viel häufiger trocken als purulent. Funktionelle Störungen des Myokards sind oft nachzuweisen. Sie beruhen zum Teil auf Scharlachnephritis, zum Teil sind sie hiervor unabhängig und stehen in Zusammenhang mit Intoxikationen oder mit den Modifikationen des arteriellen Druckes oder mit den Blutdrüsen. Auf die Herzkomplikationen haben vor allen Dingen die sekundären Infektionen einen großen Einfluß.
Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Zum unvorhergesehenen Tode bei skarlatinöser Myokarditis, von B. Weill und G. Mouriquaud. (Presse méd., 1911, Nr. 62 u. Lyon méd., 1911, S. 1031.) Ein 18 Monate altes Kind macht in ganz normaler Weise eine Skarlatina durch und stirbt am zwölften Tage ganz plötzlich, ohne vorheriges Anzeichen. Die Autopsie ergab vollständig normale Nebennieren, aber eine akute interstitielle Myokarditis, welche bei Lebzeiten keinerlei Beschwerden gemacht hatte. Gunsett-Straßburg.

Zur Frage der Scharlachnephritis, von C. Leede-Hamburg. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 48.) Das vom Verfasser verwendete Material umfaßt 857 Fälle, welche im Eppendorfer Krankenhaus behandelt wurden. Von diesen hatten 237 sogleich bei der Aufnahme als diphtherieverdächtig eine Injektion von Heilserum erhalten; doch konnte nur bei einem relativ geringen Teil derselben die Diagnose Diphtherie bestätigt werden. Sie lieferten 30 Erkrankungen an Nephritis. Die anderen 620 nicht mit Serum behandelten Fälle lieferten 35 Nephritiden. Aus einer eingehenden Besprechung der ausführlich dargelegten Einzelheiten zieht Verfasser folgende Schlüsse: Das Scharlachgift schädigt die Niere, ebenso wie es die Leber (Urobilinurie) und die Kapillaren der Haut (Stauungsversuch) schädigt; an sich genügt diese Noxe nicht, um Nephritis zu erzeugen, sondern es muß hierzu noch eine angeborene (familiäre) Minderwertigkeit des Nierengewebes hinzutreten. Die Wassermann-Reaktion fällt zweimal so oft positiv aus bei Scharlachnephritikern, als bei sonstigen Scharlachkindern; doch spielt die Nephritis an sich keine ursächliche Rolle für die Positivität der Wassermannschen Reaktion.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Folgen der Scharlachnephritis, von J. Stroink. (Inaug.-Dissert., Kiel, 1910.) Die große Scharlachstation des Eppendorfer Krankenhauses gab dem Verfasser Gelegenheit, eine Reihe von Fällen wieder zu untersuchen, die in den letzten 15 Jahren dort im Anschluß an Scharlach an einer hämorrhagischen Nephritis erkrankt waren und zum Teil nach mehrmonatlicher Behandlung mit geringer Albuminurie, meist auf Wunsch der Eltern, hatten entlassen werden müssen. Von 50 derartigen Fällen aus den Jahren 1894-1907 konnten 23 einer genauen Nachuntersuchung unterzogen werden. Von den 27 übrigen waren die meisten nicht erreichbar. Die 23 zur Untersuchung gelangten Fälle waren größtenteils persönlich erschienen. Bei diesen wurden dann genaue Untersuchungen über Herz und Pulsspannung, sowie Augenhintergrund gemacht. Der Urin wurde zentrifugiert und mikroskopisch untersucht. Bei allen überwiegen die pathologischen Befunde. Es besteht in den ersten fünf Jahren nach der Erkrankung keine große Neigung zum günstigen Verlauf. Erst nach dem fünften Jahre nach der Erkrankung scheint eine größere Tendenz zur Heilung zu bestehen und zwar anscheinend um so mehr, je näher das Pubertätsalter heranrückt. Fritz Loeb-München.

Untersuchungen über die Meyersche Reaktion bei skarlatinöser Nephritis, von Robert Ghys. (Thèse de Paris, 1910, Nr. 383.) Fritz Loeb-München.

Fünftägige Anurie nach Scharlach bei einem $3^1/_2$jährigen Knaben, von W. Northrup-New York. (Med. Record, 22. Okt. 1910.) Beim Abfall der Temperatur von 40° auf 37,5° sistierte die Urinabsonderung und ließ sich durch keine Medikamente wieder anregen; Ödem des Gesichts und der Füße, keine Urämiesymptome. Fünf Tage lang fanden sich in der Watte nur wenige Tropfen Urin. Vom sechsten Tage an stellte sich die Urinsekretion wieder nach und nach ein. W. Lehmann-Stettin.

Zur Frage über die Scharlachvakzination und Anginen, von G. E. Wladimiroff-Moskau. (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 56, H. 4—6.) Der Verfasser sah nach Scharlachvakzination einen Symptomenkomplex analog dem des natürlichen Scharlachs mit dem Unterschiede, daß der Verlauf bei der Vakzinskarlatina viel schneller war. Die

Digitized by Google

bei Scharlachepidemien auftretenden Anginen sind als skarlatinöse anzusprechen und daher an ihnen die gleichen Methoden der Behandlung und Prophylaktik anzuwenden, wie sie bei dem Scharlach angewendet werden. Schourp-Danzig.

Antibakterielle Behandlung der septischen Rhinitis beim Scharlach und Bericht über hundert derartige Fälle, von J. A. Kolmer und P. G. Weston-Philadelphia. (Amer. Journ. med. scien., Sept. 1911.) Verfasser stellen die These auf, daß die bekannte charakteristische Rhinitis der Skarlatina auf septischer Ursache beruht, und daß wahrscheinlich das infizierende Agens der Skarlatina in dem dabei entleerten Sekret enthalten ist. Sie haben dasselbe bei 100 Scharlachkindern im Hospital untersucht mit folgendem Ergebnis: bei 89 Fällen fand sich nur der Staphylokokkus aureus; bei 3 Kindern nur der Staphylococcus albus, bei einem Falle wurde der Staphylokokkus aureus zusammen mit dem Staphylococcus pyogenes festgestellt, und bei sechs Untersuchungen fand man einen ungewöhnlichen diphtherieartigen Bazillus, der sich bei einem weiteren Fall noch im Verein mit dem Staphylokokkus aureus vorfand. Dieser diphtherieähnliche Mikroorganismus war von mittlerer Länge, massiv, mit abgerundeten oder leicht zugespitzten Enden, Gram-positiv, nahm Färbungen gut an und zeigte bei vier Exemplaren eine mediale Streifung. Zur Behandlung wurde mit ziemlich gleichmäßigen Resultaten teils eine Stammemulsion von Staphylococcus aureus aus zwölf verschiedenen Kulturen, teils eine autogene Vakzine verwendet. Es wurden 50—100 000 000 der Staphylokokken und in den betreffenden Fällen eine ähnliche, meist etwas kleinere Dosis der diphtherieähnlichen Bakterien ins lockere subkutane Bindegewebe am Rücken injiziert. Bei 43 Kindern wurde nur eine einzige Injektion verabreicht; bei den anderen 2 oder mehr (Höchstzahl: 7 in einem vereinzelten Falle) in Intervallen von 5—8 Tagen. Als geheilt werden 77 geführt; 8 als gebessert, 12 zeigten keine Besserung, und bei 3 mußte die Behandlung wegen anderweitiger Erkrankung abgebrochen werden. Kinder mit adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum erwiesen sich refraktär gegen die Behandlung. Im übrigen fanden Verfasser, daß diese antibakterielle Therapie die Dauer der Krankheit wesentlich abkürzte und einen guten Schutz gegen das Auftreten von sog. „Heimkehrerkrankungen" bildete.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Untersuchungen über Komplementbindung bei Scharlach und Masern, von J. Kappel-Kolozsvár. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 37.) Aus den Untersuchungen geht hervor, daß im Blutserum von Kranken, die Scharlach überstanden haben, sich kein Stoff nachweisen ließ, welcher mit dem Extraktionsstoff, der das skarlatinöse Gift enthaltenden Tonsillen oder Epidermis eine Komplementdeviation ergeben hätte.

W. Lehmann-Stettin.

Die Methode von Milne. Behandlung und Prophylaxe der Masern und Skarlatina ohne Isolierung, von Gaullieur L'Hardy. (Gaz. des hôp., 1911, Nr. 71.) Betrifft das Referat der Milneschen Arbeit (s. Ref. Bd. 53, S. 458 und Bd. 54, Heft 16).

Gunsett-Straßburg.

Verschiedenes.

Prof. C. Posner (Berlin) erhielt den Titel Geheimer Medizinalrat.

Dr. Harry Everett Alderson wurde zum Assistant-Professor für Dermatologie an der Leland Stanford-Universität zu San Francisco ernannt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

20. April 1912 | Nr. 16 | Band 54

Aus der Abteilung für die höheren medizinischen Frauenkurse am Mjassnitzkihospital zu Moskau. (Leiter: Prof. Lanz.)

Über Bromoderma.

Von

Dr. Arthur Jordan.

In der Literatur findet sich eine ganze Reihe von Beschreibungen von Bromexanthemen, aber dennoch gehört dieser Ausschlag zu den seltenen Erscheinungen, insbesondere wenn man bedenkt, wie oft und wieviel die Brompräparate gebraucht werden. Die Dermatitis medicamentosa e bromo oder das Bromoderma tritt nach den Angaben der Autoren, von denen zur Charakterisierung einige hervorgehoben werden sollen, in folgender Weise auf, nämlich nach Rona [1]) in Form erythematöser Flecke, in deren Mitte sich linsengroße, mit reiner Flüssigkeit gefüllte Blasen befinden oder die mit einer erbsengroßen, feinen Kruste bedeckt sind, nach Galloway [2]) als erbsen- bis taubeneigroße, rötlichbraune, eine beträchtliche Menge wäßrigen Eiters absondernde Tumoren, nach Blaschko [3]) als lividrote, mit Krusten bedeckte, zum Teil kreisrunde Plaques, die nagelförmige Hornfortsätze in die siebartig durchlöcherte Epidermis hineinschicken, nach Steiner [4]) als verschieden große, knotige, weiche, schmerzhafte Effloreszenzen, von denen die kleineren, rot gefärbten einem Follikel entsprechen, die größeren durch Konfluenz der ersteren entstandenen, kupferrot verfärbt sind und gelblichen Eiter absondern. Klotz [5]) und Schäfer [6]) sahen als Ausdruck der Bromvergiftung Tumoren resp. halb-

[1]) Ung. derm. Ges. in Budapest, Sitzung vom 9. April 1896. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., 1897, Bd. 24, S. 568.

[2]) Londoner derm. Ges., Sitzung vom 10. März 1897. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., 1897, Bd. 25, S. 130.

[3]) Berl. derm. Ges., 3. Mai 1898. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., 1898, Bd. 26, S. 621.

[4]) Wien. med. Presse, 1899, Nr. 33. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., 1900, Bd. 30, S. 444.

[5]) New York. derm. Ges., 24. April 1900. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., 1900, Bd. 31, S. 576.

[6]) Allg. med. Centralztg., 1900, Nr. 88. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., 1901, Bd. 33, S. 242.

Digitized by Google

kugelige, erhabene Effloreszenzen, WALLHAUSER[1]) mit Krusten bedeckte Papeln resp. fungöse Massen, LOTTA MYERS[2]), wie CHIRIVINO[3]) Bläschen, Pusteln und Tumoren mit bräunlichen Krusten, NOBL[4]) teils rote Infiltrate mit braungelben Krustenauflagerungen, teils schmutzigbraune und violette Pigmentationen. MATZENAUER[5]) vereinigt in dem von ihm bearbeiteten JARISCHschen Lehrbuche für Hautkrankheiten alle diese verschiedenen Formen zu drei Arten, nämlich der Bromakne, der Bromekthyma und der Bromrupia, welche mit Vorliebe bei Individuen mit dicker, fettiger Haut und an behaarten Stellen, Kopf, oberen und unteren Extremitäten auftreten. Im Laufe der Jahre habe ich drei schwere Fälle von Dermatitis medicamentosa e bromo beobachtet, von denen der eine, unter dem Bilde bläulichroter, fast violetter Pigmentationen, bei einem Mann mit schwerer Epilepsie und jahrelangem Bromgebrauch aufgetrat, jedoch so flüchtig an mir vorüberging, daß ich keine genaueren Angaben machen kann, die beiden anderen Fälle aber längere Zeit von mir verfolgt werden konnten.

Fall I. Frl. N. suchte mich im J. 1901, als damals 19jähriges Mädchen, wegen Psoriasis vulgaris und Acne vulgaris faciei auf. Im Jahre 1905 wurde sie von Epilepsie befallen und mußte seitdem, auf Anraten des Nervenarztes, fast beständig Brom gebrauchen. Im Jahre 1909 stellte sich bei ihr eine neue Attacke von Psoriasis vulgaris ein, außerdem aber zeigten sich auf den Streckseiten der Arme und Beine Akneknötchen, welche den Eindruck von Bromakne hervorriefen. Im Sommer desselben Jahres reiste die Kranke zur Erholung nach Essentuki im Kaukasus. Beim Aussteigen aus dem Waggon will sie sich am linken Schienbein abgeschunden haben, wobei sich an dieser Stelle eine Wunde gebildet haben soll, die anstatt zu verheilen sich mit Wucherungen bedeckte und auf den dortigen behandelnden Arzt den Eindruck von Mycosis fungoides gemacht haben soll. Erst der in dieser Hinsicht negative Befund der histologischen Untersuchung der Wucherungen, lenkte die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit einer Bromintoxikation. Als ich die Kranke, nach ihrer Rückkehr nach Moskau, im Herbst 1909 wiedersah, konnte ich auf der Streckseite des linken Schienbeins ein 4 cm breites und 6 cm langes, von erhabenen, schmutzig gräulichbläulichen Wucherungen angefülltes Ulkus konstatieren, neben dem sich hier und da auf den Streckseiten der Extremitäten Psoriasiseffloreszenzen und Akneknötchen fanden. Ich stellte die Diagnose Bromoderma tuberosum und versuchte anfangs durch erweichende Salben bei bloß herabgesetzter täglicher Bromdosis zum Ziele zu kommen. Es gelang aber nicht, so daß der Bromgebrauch völlig ausgesetzt werden mußte, worauf sehr bald das Bromoderma schwand.

[1]) Journ. of cutan. and genit. urin. dis., 1902, Bd. 20. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., 1902, Bd. 35, S. 120.

[2]) Journ. of cutan. dis. etc. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., 1904, Bd. 39, S. 35.

[3]) Giorn. internaz. delle Scien. med., 1904, Nr. 20. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., 1905, Bd. 40, S. 347.

[4]) Wien. derm. Ges. vom 20. Febr. 1907. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., 1907, Bd. 45, S. 151.

[5]) JARISCH, Die Hautkrankheiten. Bearb. von MATZENAUER. Wien und Leipzig, 1908, S. 130.

Digitized by Google

Fall II. Die ledige, 24jährige Dienstmagd E. wurde am 15. Nov. 1911 im Mjassnitzkihospital wegen eines im Gesicht, auf dem Körper und den Extremitäten ausgebreiteten Ausschlages aufgenommen.

Anamnese. Die Kranke gibt an, schon seit fünf Jahren an Prickeln im Gesicht zu leiden, welche sie aber nicht besonders inkommodiert hätten. Vor etwa drei Jahren erkrankte sie an Krämpfen, derentwegen der Arzt ihr Bromkali verordnete. Unter dem Bromkaligebrauch fühlte sie sich gut, so daß sie von nun an gelegentlich selbst Bromkali gebraucht hat, welches sie stets zu 20 Kopeken kaufte, etwa 8,0, und jeweilig im Laufe einer Woche verbrauchte. Im August 1911 hat sie bei bestehenden Prickeln im Gesicht und auf dem Rücken wieder eine Woche lang Bromkali geschluckt, worauf sich ein Ausschlag auf dem Körper einstellte, der für Pocken gehalten wurde. Die Kranke wurde infolgedessen im Sokolnikerhospital plaziert, wo man die Diagnose Pocken zwar ablehnte, aber die Kranke zur Beobachtung behielt und den Fall, wie die in liebenswürdiger Weise mir zugestellte Krankengeschichte ergibt, als Pemphigus vegetans deutete. Unter Arsenik und lokaler Behandlung mit indifferenten Salben besserten sich die Erscheinungen, ohne aber zu vergehen. Am 10. Nov. verließ die Kranke das Hospital, um am 15. November sich, wie gesagt, im Mjassnitzkihospital aufnehmen zu lassen.

Status praesens. Die hochgewachsene, anämische Kranke ist von gut entwickeltem Knochenbau und ebensogut entwickelter Muskulatur. Das Fettpolster ist reichlich vorhanden. Das Gesicht, speziell die seitlichen Partien der Wangen, die Region der Supraorbitalbögen und das Kinn sind übersät mit kleineren und größeren Akneknötchen und mit bläulichrötlichen Pigmentationen. Der Nasenrücken, die Oberlippe, wie die mittlere Partie des Kinns und der seitliche Rand der linken Unterkieferhälfte sind frei von den beschriebenen Hautveränderungen. Auf der vorderen Partie des Halses, auf der oberen Hälfte der Brust, besonders aber auf dem Rücken finden sich zahlreiche Akneknötchen, wie auch vereinzelte Borken und kleine, weiße, unregelmäßige Narben. Die äußere und vordere Partie der beiden Oberarme, wie die vordere Partie beider Unterschenkel weist eine Reihe von symmetrisch angeordneten, teils roten, teils bräunlichen Borken von runder Form und verschiedener Größe, von derjenigen eines silbernen Fünfkopeken- bis zu derjenigen eines Zwanzigkopekenstückes auf. Die Borken werden von einem schmalen, geröteten, etwas infiltrierten Saum umgeben. Auf dem rechten Oberarm finden sich 8 derartige Borken, auf dem linken 13, auf dem rechten Unterschenkel 24 und auf dem linken Unterschenkel 16 Borken. Die Anordnung der Borken ist in Gruppen. Bei Abhebung der Borke sieht man eine rote, leicht blutende, unebene, siebartige, ein wenig Eiter absondernde Fläche. Das Abdomen, wie die Oberschenkel, Hände und Füße sind frei von allen Veränderungen der Haut.

Die Lymphdrüsen des Halses und der Leisten sind kaum vergrößert. Von den inneren Organen zeigen Herz und Lunge keine nennenswerten Veränderungen. Die Milz ist nicht vergrößert.

Der Appetit ist mäßig. Neigung zu Aufstoßen. Der Stuhl ist träge.

Im Urin ließ sich weder Eiweiß noch Zucker, aber auch kein Brom nachweisen.

Trotz des Fehlens von Brom im Urin, sprach Prof. LANZ sofort nach Eintritt der Kranken in das Hospital den Verdacht aus, daß es sich um ein Bromexanthem handle, was auch durch den Verlauf voll und ganz bestätigt wurde. Nach Exstirpation nämlich, am 18. Nov., eines Hautstückchens auf der Streckseite des linken Unterschenkels, zum Zweck histologischer Untersuchung, wobei diese Stelle, wie sonst üblich, mit Xeroform bestreut wurde, entwickelte sich im Laufe von zehn Tagen daselbst eine kreisförmige Rötung mit zwei schmalen, aber tiefen, parallel verlaufenden Ulzerationen im Zentrum, welche den gelegten Suturen entsprachen. Diese Ulzerationen schmolzen alsbald zu

Digitized by Google

einem sternförmigen Ulkus mit mißfarbenem Grund und steilen Rändern zusammen, welches erst nach Aussetzen des Xeroforms und Ersetzen desselben durch eine 2% Borsalbe, im Laufe etwa eines Monats verheilte. Nach Exstirpation eines zweiten Hautstückchens zum gleichen Zweck fand eine Heilung per primam statt, da kein Xeroform angewandt wurde. Die Diagnose Bromoderma wurde ferner, abgesehen durch die Angabe der Kranken, daß sie häufig und auf eigene Hand Bromkali eingenommen habe, noch durch das Auftreten neuer Akneknoten bei versuchsweise, im Laufe einer Woche, pro diagnosi, ordiniertem Bromnatrium in der Dosis von 1,0 pro die, bestätigt. Nach Aussetzen des Bromnatriums verheilten bald alle Borken und Knötchen unter Bädern und lokaler Anwendung von 2% Präzipitatsalbe. Im Augenblick, sechs Wochen nach Eintritt der Kranken in das Hospital, finden sich an den betreffenden Stellen nur noch teils hellrote, teils, wie an den Unterschenkeln, bräunlichrote Flecke, während die punktförmigen, nach Lesser[1]) u. a. siebartigen Vertiefungen schon geschwunden sind.

Außer einem Bromoderma kommt natürlich stets bei derartigen Ausschlägen, wie der beschriebene, ein Jododerma in Frage, welches sich aber im gegebenen Fall, da von der Kranken kein Jod eingenommen worden war, leicht ausschließen ließ. Eine gewisse Ähnlichkeit bestand mit Rupia syphilitica, aber das Fehlen eines Ulkus unterhalb der Borke sprach ebenso, wie das Fehlen sonstiger für Lues verwertbaren Momente, dagegen. Eine Verwechslung mit Pemphigus vegetans, welche in der Tat stattgefunden hatte, war möglich, wenn auch bei dem Fehlen von Blasen unwahrscheinlich. Eine gewisse, aber nur geringe Ähnlichkeit bestand mit Aknitis und Folliklis, da die rupiaähnlichen Bildungen nicht in den Rahmen dieser Krankheiten paßten. Mit Tuberkulose der Haut, wie mit Mycosis fungoides bestand nicht die geringste Ähnlichkeit. Anders war es in dem ersten der von mir beschriebenen Fälle, da erinnerte das Geschwür mit warzenartigen Wucherungen einerseits sowohl an Tuberculosis verrucosa cutis, andererseits, wenn man nichts von der früher schon bestandenen Psoriasis ahnte, an Mycosis fungoides. Leicht konnte die Psoriasis vulgaris das prämykotische Stadium der Mycosis fungoides vortäuschen. Gegen eine verruköse Tuberkulose der Haut sprachen die Lokalisation, wie auch die bläuliche Farbe der Exkreszenzen, gegen Mycosis fungoides, abgesehen von dem Fehlen des Juckens, das für diese Krankheit doch merkwürdige Vorkommen nur eines einzigen Fungus auf dem linken Unterschenkel. Es handelte sich dagegen im ersten Fall um die von Elliot und Pini[2]) erwähnte besondere Form des Bromoderma, nämlich das Bromoderma nodosum fungoides. Ein mikroskopisches Präparat von diesem Fall hat mir leider nicht vorgelegen, dagegen weist das histologische Bild meines zweiten Falles, welches in

[1]) Berl. derm. Ges., Sitzung vom 3. Mai 1898. Diskussion. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., 1898, Bd. 26, S. 622.

[2]) cf. Pini, Bromoderma nodosum fungoides. Arch. f. Derm. u. Syph., 1900, Bd. 52, S. 163.

Digitized by Google

liebenswürdiger Weise vom Privatdoz. Kedrowski untersucht worden ist, folgende Veränderungen auf: Die Epidermis ist verdickt und stellenweise von längs- und querdurchschnittenen, hyperplastischen Papillen, stellenweise von herdweise auftretender, rundzelliger Infiltration durchsetzt. Hier und da finden sich im Bereich der Haarfollikel abgegrenzte Verhornungen in Gestalt konzentrischer Körperchen von ovaler Form. Das Rete Malpighi zeigt keine Abweichungen von der Norm, die Papillarschicht ist teilweise abgeflacht, teilweise von runden Zellen infiltriert. Die subpapillare Schicht ist stellenweise teils mit lymphoiden Zellen, teils mit Fibroblasten, stellenweise mit roten Blutkörperchen und Häufchen von hellgelbem Pigment durchsetzt. Die Talgdrüsen sind nicht verändert. Es handelt sich somit um eine entzündliche Hyperämie der Papillen und der subpapillaren Schicht, wie um Hyperplasie der Papillen und herdförmige Infiltration der Epidermis. Ähnlich sind die von Moriyasu[1]), Pasini[2]), Schäfer[3]), Pini[4]) u. a. beschriebenen histologischen Veränderungen, unter denen Schäfer[4]) als ganz besonders charakteristisch für Bromoderma die zystischen Gebilde von konzentrisch geschichteten Hornlamellen, welche auch in unserem Falle vorhanden sind, wie die Lokalisation der entzündlichen Vorgänge in Abhängigkeit von den Gefäßen hervorhebt, während ein Zusammenhang mit den Talgdrüsen nicht nachzuweisen ist. Das ist von großer Bedeutung, da man früher gerade geneigt war, die Bromausschläge durch eine Ausscheidung des Bromes durch die Talgdrüsen zu erklären. Nach anderen, wie z. B. Chirivino[4]) und Pasini[4]), werden die Bromexantheme auf Magenstörungen, spez. eine Achlorhydrie und Hypoazidität, zurückgeführt, wovon sich aber in meinem Fall nichts fand. Wie die in freundlicher Weise von Frl. Dr. Borowskaja vorgenommene Untersuchung des Mageninhalts bei meinem zweiten Falle ergab, enthielt derselbe 0,69 : 1000 ccm freie Salzsäure und 0,36 gebundene Salzsäure. Milchsäure, wie Essigsäure und Fettsäuren fehlten. Die Farbe des Mageninhaltes war grünlich, infolge Beimengung von Gallenpigmenten. Verlockender erscheint daher eine andere, von Pini[4]) angegebene Hypothese über die Entstehung des Bromoderma, nämlich durch einen angiophlogistischen Reiz, welcher durch das Bromsalz selbst in den Hautgefäßen verursacht wird. Unklar bleibt aber bei dieser Annahme, warum dieser Reiz in dem einen Falle so stark ist, daß er zum Bromoderma

[1]) Japan. Ztschr. f. Derm. u. Urol., 1902, Bd. 2. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., 1904, Bd. 38, S. 345.

[2]) Pasini, Sur la Pathogénie des éruptions bromiques. Ann. de derm. et de syph., 1906, VII, S. 1.

[3]) Schäfer, Exanthema vegetans ex usu Bromi. Ikonogr. derm., Bd. 4.

[4]) l. c.

Digitized by Google

führt, während derselbe in tausenden anderer Fälle trotz jahrelangem enormen Bromverbrauch anstandslos vertragen wird. Wir müssen also doch eine gewisse Idiosynkrasie gegenüber dem Brom annehmen, welche freilich, entgegen den Idiosynkrasien gegenüber Chinin, Aspirin usw., sich nicht sofort bei Einnahme der kleinsten Dosen dieser Mittel geltend macht, sondern nur langsam, bei einer gewissen Übersättigung des Organismus mit Brom eintritt. Und hierbei scheint mir nun die in meinen beschriebenen Fällen beobachtete Tatsache von großer Bedeutung zu sein, daß beide Kranken schon vor Gebrauch des Broms Neigung zu Hautkrankheiten hatten, die eine zu Psoriasis vulgaris und Akne, die andere zu Acne vulgaris. Die bakteriologischen Untersuchungen des Pustelinhalts bei Bromoderma haben stets ein mehr oder weniger negatives Resultat ergeben, denn wenn auch Streptokokken gefunden werden, wie auch von mir, so sitzen sie nur oberflächlich und sind demnach als sekundäre Erscheinungen aufzufassen.

Therapeutisch ist, wie aus der in meinen beiden Fällen angewandten, indifferenten Behandlung hervorgeht, wenig zu sagen. Das Bromoderma schwindet mehr oder weniger von selbst, wenn nur der Bromgebrauch sistiert. Schlimm ist es dort, wo das Grundleiden den Bromgebrauch verlangt, hier dürften die Bromderivate Anwendung finden, eventuell mit Unterbrechungen das Brom zu versuchen sein, da wir, wie gesagt, die Bromdermatitis meist nicht sofort, sondern nur allmählich, nach längerem Gebrauch von Brompräparaten auftreten sehen.

Über Toilette- und Schminkpuder.

Von

Dr. med. Joseph Franz Kapp, Berlin.

Die außerordentlich häufige gewohnheitsmäßige Anwendung von Gesichtspudern von seiten großer Schichten der weiblichen Bevölkerung läßt es angebracht erscheinen, die Zusammensetzung der gebräuchlichen Puder, deren Herstellung bis jetzt fast einzig dem Parfumeur überlassen war, einer sorgfältigen Untersuchung zu unterziehen im Hinblick darauf, wie weit der Dermatologe in ihnen eine Noxe für die Gesichtshaut oder die Gesundheit im allgemeinen erblicken muß. Früher mehr eine Eigentümlichkeit mancher romanischer Völker — so z. B. pudert in fast ganz Südamerika selbst die einfache Frau aus dem Volke sich seit alters her

Digitized by Google

täglich das Gesicht — ist der gewohnheitsmäßige Gebrauch von Gesichtspudern neuerdings auch bei uns stark in Zunahme begriffen. In größeren Städten ist die Puderquaste längst nicht mehr das Vorrecht der großen Dame, sondern bis zum Küchenpersonal ist ihr Gebrauch bekannt und häufig geübt. Von jeher aber haben die Ärzte vor dem häufigen Einpudern des Gesichts gewarnt, allerdings wohl mit gänzlich negativem Resultat. Es ist dies übrigens nicht der einzige Fall, daß weibliche Eitelkeit sich als ein mächtiges, fast unüberwindliches Bollwerk den hygienischen Forderungen der Neuzeit entgegengestellt hätte; ich erinnere nur an die fehlgeschlagenen Bemühungen in der Korsettfrage und in der Frage der Fußbekleidung.

Wenn wir unsere Klientinnen fragen, warum sie eigentlich glauben, ohne Einpuderung des Gesichts nicht auskommen zu können, so hören wir meist, daß der Puder die Haut vor Hitze und Kälte schütze, Feuchtigkeit aufsauge, Fettglanz beseitige und Reizungen der Haut heile. Zweifellos ist das alles richtig, wie ja auch die Männer z. B. das Irritierende des Rasierens gern mit Einpudern des Kinns kalmieren. Wenn wir nun aber vorschlagen, z. B. den Fettglanz durch Pernatrolseife, Seifenspiritus oder Touchierungen mittels Unnas Mikrobrenner zu beseitigen, anstatt ihn nur zu verdecken, so werden wir sehen, daß die meisten Frauen einer solchen wirklichen Heilung des seborrhöischen Fettglanzes doch die tägliche Einpuderung vorziehen. Und hier hören wir alsdann noch andere Gründe für das Pudern, die m. E. für viele Frauen die wichtigeren sind: der Puder decke zugleich „Unreinheiten des Teints", Mitesser, Punktationen, kleine Aknenarben, Follikulitiden usw. zu und gebe der Haut eine schönere Farbe. Mit anderen Worten: die schminkende Wirkung des Puders ist doch wohl vielen Frauen die Hauptsache.

Ich habe nun die meistbenutzten Bestandteile der Toilettepuder einer Untersuchung hauptsächlich in morphologischer Hinsicht und in betreff ihrer mechanischen Wirkungsmöglichkeiten unterzogen, nachdem die chemischen Eigenschaften der Puderbestandteile ja genau bekannt sind, und habe dann noch eine große Anzahl von alten Puderquasten, im Gebrauch befindlichen Puderschachteln und Puderresten, sowie zum Pudern gebrauchte Wattebäusche bakteriologisch untersucht. Im folgenden will ich die Ergebnisse meiner Untersuchungen mitteilen, indem ich zunächst unter kurzer Rekapitulation der chemischen Eigenschaften Mitteilungen über Form, Größe, Quellungsvermögen gegen Wasser und Fett der einzelnen Puderbestandteile mache, alsdann meine bakteriologischen Befunde aufführe und schließlich nach Aufdeckung mancher Quellen der Gesundheitsschädigungen Vorschläge zur Verbesserung oder gänzlichen Abstellung dieser anreihe.

Digitized by Google

A. Vegetabilische Stoffe.

Dieselben untersuchte ich zunächst bei 420facher Linearvergrößerung, setzte sie eine halbe Stunde strömendem Dampfe aus und untersuchte wieder. Nach nochmaligem halbstündigen Durchdampfen erneute Untersuchung. Schließlich vermischte ich die Stoffe mit Komedonenfett und einigen tierischen Fetten, um auch hieran eine eventuelle Aufquellung zu studieren.

Amylum tritici, Weizenstärke, gehört, wie auch die folgenden vegetabilischen Pulver, deren chemische Natur also der des Amylum tritici fast identisch ist, zur Zellulosegruppe der Kohlehydrate $(C_6H_{10}O_5)^n$ (Polysaccharide); ist ein weißes, zartes Pulver, geruchlos, unlöslich in kaltem Wasser, Alkohol und Äther, zieht an der Luft bis 50% Wasser an. Es besteht aus kreisrunden, öfter auch ovalen und kantigen, stark lichtbrechenden Körnern von ca. 2 bis 9 μ. Nach halbstündiger Quellung liegen die Körner dicht aneinander, weshalb nun die kantigen Formen überwiegen. Die Größe beträgt nun 3 bis 15 μ, die beginnende Auflösung zeigt sich in Zerfall mancher Körner in kleinste Körperchen. Nach einstündiger Quellung sind die größten Körner 35 μ, manche zeigen lamellenartigen Bau, während andere völlig in kleinste Körnchen zerfallen sind. Oft sind die Konturen zwischen einzelnen Körnern verwaschen (Verkleisterung). Mit Komedonentalg oder tierischem Fett mechanisch verrieben, zeigen die Körner schon nach 10 Minuten deutliche Quellung, die dann jedoch ziemlich stationär bleibt. Hierbei bleiben die Konturen stets erhalten, ein Zerfall wurde nie beobachtet.

Amylum oryzae, Reisstärke, stellt sich mikroskopisch dar als runde, öfter auch vier- bis fünfeckige Körnchen mit abgerundeten Ecken und Kernhöhle. Größe 4—8 μ, stark lichtbrechend. Die Größenunterschiede der einzelnen Körner sind nicht so bedeutend wie bei Amylum tritici. Eine halbe Stunde dem strömenden Dampfe ausgesetzt, zeigen sie nur geringe Quellung auf 4 bis 10 μ. Auch nach einstündigem Quellen wurde eine Dickenzunahme über 10 μ nie beobachtet, ebenso sah ich nur einmal leichten Zerfall. Auch die Volumzunahme bei Fettquellung ist nur äußerst gering (4 bis 9 μ).

Amylum solani, Kartoffelstärke. Runde, häufiger ovale, schwach gelbliche Körner mit glattem Rand und muschelschalenartiger Schichtung, 3,5 bis 35 μ groß. Nach einhalbstündiger Quellung ist eine Veränderung der Größe überhaupt nicht zu bemerken, nach einstündiger nur ganz geringe mit wenig Zerfall. Mit Fett angerieben, zeigen die Körner geringe Imbibition, die so rasch vor sich geht, daß man sie unter dem Mikroskop beobachten kann. Nach einer Viertelstunde bleiben die Körner dann stationär.

Digitized by Google

Amylum Marantae, Arrow-root, aus den Wurzelstöcken von Maranta-, Kanna- und Kurkumaarten. Meist ovale, gelbliche Körner von einem Längendurchmesser von 5 bis 60 μ. Nach halbstündiger Dampfbehandlung zeigt sich Aufquellung bis auf 85 μ. Die die Körner umhüllende Haut hebt sich glasig ab, in den Körnern zeigen sich feinste Körnchen und trabekuläre Struktur. Nach einstündiger Quellung vollständige Auflösung aller Konturen und Ineinanderfließen, in den großen Ballen sind ab und zu noch einzelne winzige Körnchen sichtbar. Mit Komedonenfett vermischt, zeigt sich rasch eine geringe Quellung, wobei die Lichtbrechung scheinbar stark vermehrt wird.

Farina amygdalarum, Mandelkleie, erweist sich als recht polymorph, oft dreikantig, stückig, auch rund und oval, von gelblicher Farbe, 5—35 μ groß. Eine halbe Stunde im Dampfbade, zeigt sie beträchtliche Wasseraufnahme, so daß die Körner bis 70 μ groß werden, und beginnenden Zerfall, der nach einer Stunde sehr hochgradig ist. Fettimbitition ist gleichfalls deutlich wahrnehmbar, wobei die Konturen aber stets intakt bleiben.

Farina fabarum, Bohnenmehl. Ovale, 8—40 μ große Körner, oft in große Schollen zusammengebacken. Nach halbstündiger Dampfbehandlung wird die Form unregelmäßiger, die Größe nimmt bis 100 μ zu. Nach einer Stunde völliger Zerfall in kleinste Körner. Fett verändert die Größe nur sehr wenig, die Struktur gar nicht.

Pulvis radicis Iris, Veilchenwurzelpulver. Schollig, zum Teil tafelförmig, zum Teil mehr rundlich, gelb, 11—23 μ groß. Halbstündige Quellung bewirkt noch keine Vergrößerung, nach einstündiger konnte ich Längendurchmesser von 35 μ messen. Die Fettquellung ist äußerst gering.

B. Mineralische Stoffe.

Zincum oxydatum, weißes, feines Pulver, in Wasser unlöslich, in verdünnten Säuren löslich, amorph, in dichte Klumpen zusammengeballt, lichtundurchlässig, krümelig, öfter auch in Form kleiner rundlicher Körner von zirka 2,5 μ Größe.

Bolus alba, weißer Ton. Aluminiumsilikat (Porzellanerde), entstanden durch Verwittern von Feldspaten. Kommt im Tierkörper nicht vor. Kleine rundliche Gebilde von etwa 2 μ Größe, schwach gelblich. Ton saugt Wasser ein und bildet damit eine zähe knetbare Masse. Nach dem Glühen ist er nicht mehr plastisch, sondern porös, wasserdurchlassend.

Talcum venetianum, Magnesiumsilikat, ein weißes, stark glänzendes, fettig anzufühlendes Pulver. Morphologisch zeigt es starke Vielseitigkeit, so z. B. vierkantige Platten von 15—130 μ Längendurchmesser, oft

Digitized by Google

Plätteisenform, daneben kleine längliche, schlecht polygonal gebildete Stücke, stets aber sieht man kristallinischen Bau. In Wasser unlöslich.

Magnesium carbonicum, kohlensaure Magnesia, als basisches Magnesiumkarbonat im Handel. Sehr feines weißes Pulver, wasserunlöslich, kleine kreisrunde Gebilde von 1—2 μ Größe.

Natrium biboracicum, Borax, leitet sich von der Tetraborsäure ab, alkalisch. Große monokline farblose Prismen, in 17 Teilen Wasser löslich. Ich sah in meinem Präparate 3 Bestandteile: Ganz kleine, 1—2 μ große runde, größere runde von 3—5 μ und große Schollen mit kristallinischem Charakter.

Calcium carbonicum präcipitatum, künstlich hergestellt durch Vermischen einer Kalziumsalzlösung mit Alkalikarbonat. Wasserunlöslich, kristallinisch, chemisch gleich der natürlich vorkommenden amorphen Kreide. Letztere ist weniger weiß, Größe meist 3—15 μ.

Calcium sulfuricum, Gips, kristallinisch, auf 120° erhitzt, verliert er sein Kristallwasser völlig: Calcium sulfuricum ustum. Die käuflichen Präparate zeigen wenige ovale, oft spitzige Formen von größter Gleichmäßigkeit, im längsten Durchmesser zirka 1,5 μ.

Terra silicea, Silicium-dioxyd, besteht aus den Rückständen der Verwesung von Infusorien, deren Panzer sie darstellt, daher auch Infusorienerde genannt. Weiteres Synonym ist Kieselgur. Lange, sehr spitzige Nadeln, leiterförmige Stäbchen bis 70 μ lang, Tellerformen mit erhabenem Rand bis 14 μ Durchmesser. Stark wasserabsorbierend.

Silizium-dioxyd, künstlich hergestellt durch Verbrennen von amorphem Silicium oder durch Glühen der Kieselsäure, amorph, 10—12 μ groß.

Bismuthum subnitricum, weißes kristallinisches Pulver, 3—20 μ lange Stäbchen, deren Dicke ungefähr 1 μ beträgt. Wasserunlöslich.

Baryum sulfuricum, von schön weißer Farbe, 2—3 μ große längliche und rundliche Gebilde.

Ich lasse nunmehr die Ergebnisse meiner bakteriologischen Untersuchungen folgen.

Als Ausgangsmaterial dienten mir, wie gesagt, alte Puderquasten, Wattebäusche, Puderbüchsen und Schachteln, resp. die in ihnen enthaltenen Puderreste. Dieses Material verschaffte ich mir von meinen weiblichen Patienten. Ich betone dabei, daß es sich bei diesen überwiegend um Frauen der besseren Kreise handelt, denen Hygiene und Sauberkeit als selbstverständliche Dinge gelten. Wenn meine Resultate trotz dieser Tatsache recht bemerkenswerte waren, so läßt dies gewiß Schlüsse zu auf die entsprechenden Verhältnisse in den ärmeren Volksschichten.

Im ganzen habe ich 67 Proben, alle verschiedener Provenienz, untersucht. Ich legte in allen Fällen Stichkulturen an, goß Platten, wenn die

Digitized by Google

Kulturen positiv ausfielen, und machte in mir geeignet erscheinenden Fällen Tierversuche. Hier nun meine Resultate:

In 5 Fällen waren Bakterien nicht zu gewinnen, in 2 Fällen fand ich Kolonien von Mucor mucedo.

In einem Fall gelang die Züchtung eines mir unbekannten Hyphomyzeten von graugrünem Myzellager mit körniger Oberfläche, in der feuchten Kammer kräftig wachsend.

In 53 Fällen ergaben sich zahlreiche Kolonien von Mikroorganismen nicht pathogener Natur. 3 Fälle brachten neben nicht pathogenen Mikroorganismen Staphylococcus pyogenes aureus.

In einem Fall gelang der Nachweis UNNAscher Morokokken. In einem Fall züchtete ich von einem benützten Wattebausch Streptokokkus.

In einem Fall wurden Tuberkelbazillen mit Sicherheit nachgewiesen: durch Impfung von Meerschweinchen mit einer Aufschwemmung von Puderresten in Bouillon. Nach Tötung zahlreiche Tuberkel in Leber und Milz. Färbung nach ZIEHL-NEHLSEN und CZAPLEWSKY. In der Familie der Patientin, von welcher das Ausgangsmaterial stammte, war einige Wochen vorher ein tuberkulöses Dienstmädchen gewesen.

Wenn ich aus den vorstehenden Untersuchungen Resultate ziehe, so ergibt sich:

a) Vegetabilische Puder schädigen stets die Haut, rein mechanisch durch Aufquellung der Puderkörner im Hautfett und der Hautfeuchtigkeit. Besonders naheliegend ist dabei, daß Puderteilchen, welche in einer Pore liegen, bei ihrer Quellung die Pore stark ausdehnen, und einen Zustand schaffen, der bei öfterer Anwendung von Puder dauernd werden kann und gar häufig das Auftreten der häßlichen „großen Poren" hauptsächlich verschulden mag. Relativ am unschädlichsten mag Amylum oryzae sein, da es, wie wir gesehen haben, am wenigsten aufquillt und nur sehr langsam verkleistert. Am meisten dagegen schaden durch starke Aufquellung und raschen Zerfall: Amylum Marantae, Farina amygdalarum und Farina fabarum.

b) Mineralische Puder haben die schädigende Wirkung des Aufquellens und der Zersetzung nicht, mechanisch könnte eventuell die Terra silicea und das Calcium sulfuricum durch die spitzen Kanten ihrer kleinsten Teilchen leichte Verletzungen der Epidermidalzellen machen. Am unbedenklichsten in mechanischer und chemischer Hinsicht erscheinen mir Zincum oxydatum, Talcum venetianum, Magnesium carbonicum praecipitatum und Baryum sulfuricum. Die giftigen Wirkungen mancher mineralischer Puderbestandteile, so z. B. des Plumbum carbonicum, der Bleiglätte (Cerussa) sind so sehr bekannt, daß ich sie vollständig aus dem Bereich meiner Betrachtungen gelassen habe.

Digitized by Google

Die bakteriologischen Untersuchungen haben gezeigt, daß eine Übertragung schwerer, ja tödlicher Krankheiten (Follikulitiden, Furunkeln, Erysipel, Lupus) durch gewohnheitsmäßiges Einpudern, auch bei Gebrauch des Wattebauschs an Stelle der schon längst infektionsverdächtigen Quaste sehr wohl möglich ist.

Bekanntlich hat man ja schon lange die mangelhafte Sauberkeit der Puderquaste gekannt und dafür den Gebrauch von Wattetampons empfohlen. Natürlich sollten diese Tampos nach einmaligem Gebrauch fortgeworfen und stets neue genommen werden. Daß dies aber nur selten geschieht, hat sich mir durch zahlreiche Umsprachen zur Evidenz bestätigt.

Die Konsequenzen aus meinen Beobachtungen sind leicht zu ziehen: Da die Frauen doch nicht auf den Gesichtspuder verzichten, so müssen wir wenigstens dafür Sorge tragen, daß ihnen möglichst unschädliche Gesichtspuder, die dabei auch wirklich den Zweck des Aufsaugens, Deckens und leichten Schminkens erfüllen, geboten werden. Solche Puder sollten von vegetabilischen Stoffen möglichst nur Amylum oryzae enthalten, von mineralischen können besonders Talcum venetianum, Zinkoxyd, Magnesium carbonicum, Kreide und Baryum sulfuricum empfohlen werden. Tägliche Massage des Gesichts und bei Austrocknen der Haut Zuführung von etwas Fett (Cold-cream) sind gute Mittel, um die eventuell doch noch der Haut zugefügten Schädigungen durch Einpudern wettzumachen. Ferner sind nicht nur die Puderquasten und Hasenpfoten, sondern auch Wattetampons zu verwerfen. An ihre Stelle sollten Pulverbläser treten, deren Konstruktion am besten so sein wird, daß die ganze Pudermenge möglichst abgeschlossen und — falls zu erreichen — steril in ihnen gehalten wird. Wenn es auch nicht gelingen mag, durch diese Maßnahmen alle Schädigungen der Haut auszuschließen, so würde doch durch sie ganz zweifellos dem gewohnheitsmäßigen Einpudern des Gesichts, wenn es schon nicht auszurotten ist, sehr viel von seinen schädigenden Wirkungen genommen werden können.

Versammlungen.

Russische Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg.

Sitzung vom 25. Febr. (9 März) 1912.

Originalbericht von Dr. Leo Ehrlich-St. Petersburg.

1. Terebinsky stellt wieder den bereits am 28. Jan. demonstrierten Kranken mit Parapsoriasis vor. Es ist keine Veränderung eingetreten.

2. Bormann demonstriert den Fall von Aknekeloid, über welchen er bereits in der Sitzung vom 28. Jan. zu berichten Gelegenheit hatte.

Digitized by Google

3. Morosoff zeigt das zweite Mal den Kranken mit Syphilis gummosa serpiginosa vor. Eine prompte Vernarbung zeigte sich überall da, wo die Ränder der Ulzeration chirurgisch entfernt worden sind. Der Patient bekam zwei intravenöse Salvarsaninjektionen und sechs Quecksilbereinspritzungen. Im Laufe der letzten Woche ist keine Veränderung eingetreten.

4. Averbuch (a. Gast) hält einen Vortrag: **„Zur Frage über chronische Schleimhautkatarrhe und deren Behandlung."** Der Vortragende empfiehlt für die Behandlung der chronischen Schleimhautkatarrhe eine Poly-oxy-benzo-Aluminiumverbindung, welche er als „Mukozitin" benennt.

In der Diskussion erwies es sich, daß die ungenügenden klinischen Beweise seitens des Vortragenden zur Bestätigung der Vorteile des neuen Mittels ein Urteil über dessen therapeutische Bedeutung vorläufig unmöglich machen.

Verhandlungen des ersten internationalen Pathologenkongresses.

Turin, 2.—5. Oktober 1911.

(Torino 1912, Unione tipografica.)

Über das Molluscum contagiosum des Menschen, von R. Campana-Rom. Eine ausführliche Wiedergabe der Kultur- und Färbemethodik des von Campana entdeckten Erregers des Molluscum contagiosum.

Studien über die Pellagra, von V. Babes-Bukarest. Der Verfasser schließt aus den in seinem Institut vorgenommenen Untersuchungen, daß kein einziger bisher im verdorbenen Mais oder im Organismus Pellagröser gefundener Pilz noch die aus dem Mais extrahierten chemischen Produkte mit dem Serum Pellagröser Agglutination oder Komplementfixierung geben. Ebenso ist es bis jetzt noch nicht gelungen die ätiologische Rolle der Simuliden-Mückenarten bei der Pellagra zu beweisen, und auch die Raubitschek-sche Hypothese, wonach es sich um eine photodynamische Krankheit, die durch den Mais erzeugt wird, handelt, ist nicht haltbar. Zwar haben die Sonnenstrahlen eine pathogene Wirkung auf Pellagröse, doch handelt es sich meistens um Leute, die schon vorher pellagrös waren. Immer noch ist die Hypothese am meisten plausibel, welche der Ernährung mit mehr oder weniger verdorbenem Mais die hauptsächlichste ätiologische Rolle zuschiebt. Dazu ist eine gewisse Disposition, welche durch schlechte Lebensverhältnisse, durch kongenitale Disposition und andere Krankheiten bedingt ist, für das Zustandekommen der Krankheit nötig. Obwohl es sich um eine essentiell toxische Erkrankung handelt, so darf man doch nicht die Möglichkeit ausschließen, daß ein infektiös parasitäres Moment in der Ätiologie mitspielen könnte. Diese letztere Annahme findet eine gewisse Bestätigung durch die ermunternden Erfolge, welche der Verfasser mit der Atoxylbehandlung Pellagröser hatte.

Hodensyphilis beim Kaninchen, von S. Ossola-Pavia. An 6 Fällen experimentell erzeugter Hodensyphilis konnte der Verfasser folgende anatomischen Verhältnisse studieren. Die Läsionen sind durch ein rein mononukleäres Infiltrat mit zahlreichen Plasmazellen gebildet. Zugleich existiert eine starke Bindegewebs- und Gefäßneubildung, welche zum Teil gleichzeitig mit der Infiltration erscheint, teils erst einer hyalinen und granulösen Degeneration des Infiltrates nachfolgt. Das Drüsenparenchym ist mancherorts vollständig verschwunden, an anderen Stellen können alle Stadien der Zerstörung der epithelialen Elemente verfolgt werden. Die Epithelien des Nebenhodens halten sich am längsten unverändert, trotzdem sie oft ganz von Infiltratmassen umgeben sind. Die Spirochäten sind in allen Fällen äußerst zahlreich und finden sich sogar zwischen noch ganz erhaltenen Epithelien, so daß es scheint, als ob die Zerstörung der Epithelien

Digitized by Google

durch die Spirochäten das Primäre des Prozesses bildet. Ein Fall von menschlicher Sarkozele zeigte genau die gleichen anatomischen Verhältnisse, wenn auch keine Spirochäten nachgewiesen werden konnten.

Über einen interessanten Fall von Mykosis des Fußes, von F. Radaeli-Sassari. Es handelte sich um eine Verdickung und Deformierung des rechten Fußes in seinen zwei vorderen Dritteln, welche bedingt war 1. durch Hautknötchen von Linsen- bis Nußgröße, die teils hart fibrös, teils fluktuierend waren und zum Teil von intakter Epidermis bedeckt, zum Teil mit einer Öffnung versehen waren, aus der sich ein mit gelben Körnchen gemischter Eiter ergoß, 2. durch subkutane, leicht elastisch fluktuierende Knötchen, 3. durch besonders radiographisch gut nachweisbare Skelettverdickungen der Mittelfußknochen. Aus dem Eiter konnte immer derselbe Pilz gezüchtet werden, welcher mit keinem bisher kultivierten identifiziert werden konnte und als neue Spezies: Monosporium apiospermum aufgestellt wurde. Der wohlgelungene Versuch der Komplementablenkung zeigte, daß es sich nicht um einen zufälligen Befund handelte.

A. Gunsett-Straßburg.

Fachzeitschriften.

Lepra.

Band 12, Heft 3.

Die Kultur des Leprabazillus und die Behandlung mittels Lepravakzine, von E. R. Rost. Zehn Fälle wurden lediglich mit Lepravakzine behandelt; davon wurden zwei geheilt, zwei fast geheilt und die übrigen sechs wesentlich gebessert.

Die Kultur des Leprabazillus, von T. S. Beauchamp Williams. W. gewann Kulturen von zwei Typen, 1. vom Streptothrix leproides und 2. vom Leprabazillus; beide Typen können zur Vakzine verwandt werden und erzeugen allgemeine und lokale Reaktionen.

Die Sero-Reaktion nach Wassermann bei Kaninchen nach Lepra-Impfung in die vordere Augenkammer, von Albert Derra. Von 30 geimpften Kaninchen ergaben 27 eine positive Wassermann-Reaktion.

Die Erblichkeit der Lepra, von G. Armauer Hansen. H. wendet sich gegen Zambacos Ansicht von der Vererbung der Lepra. H. sah viele gesunde Kinder von leprakranken Eltern, fand aber nie ein Kind mit ererbter Lepra. H. untersuchte 250 Kinder von leprösen Eltern auf die von Glück beschriebene Paraleprose und fand diese wiederum bei keinem Kinde vor.

Schourp-Danzig.

Revista española de Dermatologia y Sifiliografia.

März 1912.

Erfahrungen aus unserem ersten Jahre Salvarsanbehandlung bei Syphilis, von Peyri. Aus den statistischen Mitteilungen des Verfassers ergibt sich, daß im ersten Jahre 271 Kranke von ihm mit Salvarsan behandelt wurden, die im ganzen 393 Injektionen erhielten. Davon betrafen 26 Fälle Primäraffekte, welche teils nur mit Salvarsan, teils zu gleicher Zeit noch mit Kalomel und Exstirpation behandelt wurden. Die Resultate waren besonders bei gleichzeitiger Anwendung von Kalomel sehr gut, erlauben aber infolge der Kürze der Beobachtungsdauer noch kein abschließendes Urteil. Bei 74 Fällen von sekundärer Hautsyphilis und 30 Fällen von tertiärer waren die

Digitized by Google

Resultate ebenfalls gute, aber nicht besonders rasche, hingegen wurden 2 Fälle von Syphilis maligna praecox rapid geheilt. Ebenfalls wertvoll erwies sich das Salvarsan bei der Schleimhautsyphilis, wo die Heilung sogar trotz Rauchens erfolgte. 6 Fälle von Leukoplacia oris wurden gebessert aber nicht geheilt, 4 Fälle von Glossitis mit Epitheliom wiesen eine Besserung der Glossitis, aber keine Beeinflussung des Epithelioms auf. 10 Fälle von Knochensyphilis, 3 von Myelitis, 5 von zerebraler Lues, 1 Fall von Syphilis des Ösophagus und 3 der Lunge wurden teils geheilt, teils gebessert, von 6 Heredoluetischen starben 3 trotz Salvarsans. Peyri glaubt deshalb bei hereditärer Lues eher beim Quecksilber bleiben zu sollen.

Was die Rezidive anbelangt, so stellten sie sich bei Patienten mit einer Injektion in 80% der Fälle ein, bedeutend seltener aber bei Patienten mit 2 oder 3 Injektionen. Je frischer und feuchter die Läsion, desto weniger rezidivierte sie. In 25% aller Fälle, die teils mit 1, meistens mit 2 und selten mit 3 Injektionen behandelt waren, und bei denen keine Rezidive aufgetreten waren, blieb auch die Wassermannsche Reaktion negativ (einige Fälle sogar noch 8 Monate nach der Injektion). Auch hieraus zieht der Verfasser noch keine Schlüsse auf eventuelle Heilung und will abwarten, ob diese Fälle nicht im 2. oder 3. Jahre doch noch rezidivieren.

Der Kampf gegen den Krebs, von Claudio Hernandez Ros y Navarro. Eine Abhandlung ohne dermatologischen Inhalt. A. Gunsett-Straßburg.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band 16, Nr. 2.

Die Behandlung der syphilitischen Primärsklerose mittels Salvarsan, von Georges Lecapere-Paris. Bei der Primärsklerose gibt L. in Abständen von 5 Tagen vier intravenöse Injektionen von je 0,3 Salvarsan; bleibt die Wassermannsche Reaktion danach noch positiv, so injiziert er zum fünften und sechsten Male.

Die Niere und ihre Anomalien, von Zan D. Klopper-Chikago. Anatomisch-pathologische Studie.

Acht Fälle von Lepra, von J. E. Engstad-Grand Forks. Fälle aus der Praxis; sechs davon waren Norweger.

Nieren-Infektionen, von William Ross Jamieson-El Paso. Nichts Neues.

Die Behandlung von Narbengewebe, von W. Knowsley Sibley-London. In einem Falle von entstellenden Pockennarben bei einer Frau gelang es erhebliche Besserung zu erzielen, durch Anwendung von Sauggas, subkutanen Injektionen von Fibrolysin, Kataphorese mittels 2%iger Salzsäure- und 10%iger Thiosinaminlösung und durch Bestrahlung mit Röntgenstrahlen.

Bau und Funktion der Prostata beim Rotfuchs, von C. W. G. Rohrer-Baltimore. Anatomisch-physiologische Studie.

Chilblain-Lupus (Hutchinson) und Lupus pernio, von Siegfried Gross. Literarisch-klinische Studie, die sich deutsch in der Dermatologischen Wochenschrift, 1912, Bd. 54, Nr. 5, findet.

Die Frühdiagnose der Syphilis, von Saul Steiner-New York. Bekanntes.

Schourp-Danzig.

Bücherbesprechungen.

Heliotherapie im Hochgebirge. Mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose, von Oskar Bernhard-St. Moritz. (Stuttgart

Digitized by Google

1912, Ferdinand Enke). Daß die Höhensonne schon lange ein wichtiger Heilungsfaktor bei vielen Allgemeinerkrankungen ist, ist eine bekannte Tatsache. Ebenso bekannt sind seit Finsens epochemachenden Entdeckungen die rein lokalen Wirkungen des Lichts auf bestimmte Hautkrankheiten, wie Lupus vulgaris. Es blieb den letzten Jahren vorbehalten, die ganz enorme Heilwirkung der Höhensonne auch auf eine Reihe anderer, tiefer liegender Erkrankungen zu offenbaren. Es ist an hochgelegenen Orten der Schweiz (Leysin, St. Moritz) gelungen, eine ganze Reihe von Erkrankungen, die bisher teils nur operativ zu behandeln, teils unheilbar waren, allein durch die Sonnenwirkung zur Heilung zu bringen. Der Verfasser, der selber in St. Moritz seit 10 Jahren diese Therapie übt, gibt in vorliegendem Buche eine Übersicht über die Erkrankungen, die der Heliotherapie zugänglich sind, und teilt seine oft verblüffenden Resultate mit, von denen die chirurgischen Tuberkulosen der Haut, der serösen Häute, der Drüsen, Knochen, Gelenke und Sehnenscheiden die interessantesten sind. Von dermatologischen Affektionen, welche in hervorragendem Maße beeinflußt werden, seien Furunkel, Ulcera mollia, vereiterte Bubonen, Lupus und Hauttuberkulose, Hautkarzinome, torpide syphilitische und variköse Geschwüre erwähnt. Eine Reihe von Tafeln zeigen die schönen Resultate, die mit dieser Behandlung erzielt werden. A. Gunsett-Straßburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Experimentelle Masern beim Affen (mit besonderer Berücksichtigung der Leukozyten), von Ludwig Hektoen u. H. E. Eggers. (Journ. amer. med. assoc., 1911, S. 1833.) Die Verfasser impften Affen (Macacus rhesus) mit dem Blute Masernkranker intrakardial und intraperitoneal. Es trat etwa am 11. Tage Temperatursteigerung und Leukopenie, die besonders die Neutrophilen betraf, auf. Bei einem erschienen am 15. Tage rote makulopapulöse Effloreszenzen an den äußeren Augenwinkeln, dann auf der Haut, die bald vergingen. Gleichzeitig bestand Konjunktivitis.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Zeitdauer der Infektion des Blutes bei Masern, von John F. Anderson und Joseph Goldberger-Washington. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 57, Nr. 2.) Die Verfasser konnten mit Blut, das Masernkranken kurz vor Auftreten des Exanthems entnommen war, Affen mit Masern infizieren; das gleiche gelang, wenn das Blut bis 24 Stunden nach Erscheinen des Exanthems entnommen war. Schourp-Danzig.

Masernvirus in den Sekreten der Rachen- und Nasenhöhle, von Joseph Goldberger und John F. Anderson-Washington. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 57, Nr. 6.) Durch Impfung von Nasen-Rachensekret von Masernkranken auf Affen ist bewiesen, daß diese Sekrete infektiös sind. Schourp-Danzig.

Das Masernvirus, von Joseph Goldberger und John F. Anderson-Washington. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 57, Nr. 12.) Als Ergebnis ihren Untersuchungen fanden G. und A., daß das Masernvirus durch ein Berkefieldfilter geht, ausgetrocknet 25 1/2 Stunden lang infektionsfähig bleibt, 15 Minuten auf 55° C erwärmt die Infektionsmöglichkeit verliert, beim Gefrieren 25 Stunden infektiös bleibt und eine gewisse Virulenz nach 24 Stunden bei 15° C besitzt. Schourp-Danzig.

Masern und Tuberkulose, von Gazeau. (Thèse de Paris, 1910.) Verf. gibt einen Überblick über die Beziehungen zwischen Masern und Tuberkulose und zeigt, daß man

Digitized by Google

im allgemeinen den Masern einen Tuberkulose fördernden Einfluß zugeschrieben hat. Er berichtet über eine Anzahl von Beobachtungen aus der Klinik Hutinel in Paris, in denen der Masernerkrankung mehr oder weniger bald eine Tuberkuloseentwicklung gefolgt ist. Weiterhin werden die Beobachtungen von v. Pirquet und Mantoux erörtert, die sich auf das Verschwinden der Tuberkulinhautreaktionen im Verlaufe der Masern beziehen, sowie die Konsequenzen in pathologischer Hinsicht, die diese Verfasser aus ihren Feststellungen gezogen haben. Fritz Loeb-München.

Die Behandlung und Verhütung von Masern, von R. Milne-London. (Brit. med. Journ., 2. Sept. 1911.) In diesem bei der Jahresversammlung der British medical Association gehaltenen Vortrag kommt M. wieder auf seine Methode der Eukalyptusölbehandlung bei Masern wie bei Scharlach zurück und bringt eine Reihe von statistischen Momenten aus seiner etwa 30jährigen Erfahrung. Vor allem rühmt er, daß in den Barnadoschen Kinderheimstätten, wo im Laufe seiner Beobachtungszeit mehr als 12000 Kinder untergebracht worden sind, nur 245 Fälle von Scharlach vorkamen. Bei weniger wirksamer Prophylaxe hätte man mit Hausepidemien von ungleich umfangreicherer Ausdehnung rechnen müssen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Meningitis im Gefolge von Masern, von C. A. Basker-Cambridge. (Lancet, 19. Aug. 1911.) Bei dem vorliegenden Bericht liegt das Hauptinteresse an den meningitischen Vorgängen, welche bei drei der fünf Kinder je eine, sechs und acht Wochen nach der Erkrankung an Masern einsetzten. Es starben vier von den Kranken. Die in den Hauptzügen wiedergegebenen Autopsie ergab bei allen einen ziemlich gleichmäßigen Befund: Exsudation von grünlichgelber Lymphe in der Arachnoidea an der Hirnbasis und Vermehrung des flüssigen Inhalts der Ventrikel. Die bakterielle Untersuchung ergab im allgemeinen keine definitiven Resultate. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Therapie der Masern und der Bronchopneumonie, von A. Baginsky. (Ther. d. Gegenw., Juni 1911.) Eine erschöpfende klinische Abhandlung über die Behandlung der Masern, deren Studium für den praktischen Arzt von großem Werte ist.
Arthur Schucht-Danzig.

Masern und Röteln: Charakteristika der gegenwärtigen Epidemie in Philadelphia, von M. Ostheimer. (Med. Record, 3. Sept. 1911.) Differential-diagnostische Betrachtung; nichts Neues. W. Lehmann-Stettin.

Rubeola oder Masern? von D. W. C. Hood-London. (Lancet, 29. Juli 1911.) Verf. erklärt, daß er Röteln nur für eine Abart von Masern erachtet, und schildert kurz einen Erkrankungsfall bei einer 27jährigen Frau, bei der es allerdings wohl sehr schwer war, differentiald-iagnostisch eine bestimmte Entscheidung zu fällen.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Röteln mit Tonsillitis und nachfolgender letaler Purpura haemorrhagica, von E. Stratford. (Lancet, 15. Juli 1911.) Abgesehen von der ungewöhnlichen Intensität der Rubeola von Anfang an und von dem Umstande der nachherigen Komplikationen, bietet der (einen Knaben von $3^1/_2$ Jahren betreffende) Fall nichts besonders Bemerkenswertes. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Ätiologiefrage des Flecktyphus, von I. Lewin-Moskau. (Centralbl. f. Bakteriol., 1911, Bd. 60, H. 6.) L. erklärt die Befunde von Predtjetschensky (von einem spezifischen Typhuserreger (siehe Referat in d. Monatsh. f. prakt. Dermat., Bd. 53, Nr. 2), für irrtümlich und wahrscheinlich auf irgend eine Verunreinigung während der Aussaat zurückzuführen. Die Nachuntersuchungen an den von Pr. isolierten Stämmen ergaben, daß der von ihm „entdeckte" Mikroorganismus kein Stäbchen, sondern ein Kokkus und derselbe für den Flecktyphus nicht spezifisch ist. Außerdem untersuchte L. 25 klinisch

Digitized by Google

zweifellose Fälle von Flecktyphus nach P.s Angaben (Blut, Sputum und Urin) und kam stets zu dem gleichen negativen Resultate, was auch mit den von NICOLLE an experimentell infizierten Affen gewonnenen Resultaten übereinstimmt. Stern-München.

Über Varizellen. Nach Beobachtungen auf der Züricher medizinischen Klinik, von G. ELMIGER. (Inaug.-Dissert., Zürich, 1910.) Die Arbeit ist nur wegen der mitgeteilten reichen Kasuistik und wegen ihrer historischen Einleitung erwähnenswert. Letzterer ist zu entnehmen, daß die erste ärztliche Beschreibung der Variola sich im 5. Jahrh. n. Chr. findet in den Pandekten des Ahron von Alexandrien. Noch weiter zurück, bis auf das Jahr 2000 v. Chr. reichen aber indische und chinesische Aufzeichnungen. Die Varizellen werden in der Literatur erst spät erwähnt. Es waren Italiener, welche sie im 16. Jahrh. beschrieben und sie Raviglione oder wohl auch Cristalli nannten. Deutscherseits findet sich im Jahre 1776 eine von HEBERDEN stammende Abhandlung über die Varizellen. Fritz Loeb-München.

Varizellen bei Erwachsenen, von PETER MISCH-Charlottenburg. (Med. Klinik, 1911, Nr. 23.) Kurze Mitteilung eines Falles von Varizellen bei einer Erwachsenen. Die nach Abheilung vorgenommene Vakzination bewies durch ihren positiven Ausfall die Richtigkeit der Diagnose. Arthur Schucht-Danzig.

Varizellen und Scharlach, von ROUSSET. (Thèse de Paris, 1910.) Verf. hat während einer Varizellenepidemie im Kinderspital in Paris (Prof. HUTINEL) 20 Fälle von Kombination der Varizellen mit Scharlach zu beobachten Gelegenheit gehabt. Als wichtigstes Ergebnis dieser Beobachtung hat sich ergeben, daß die Prognose der Kombination der beiden Affektionen keine schlechte zu sein scheint.

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von Streptokokkensepsis mit purulentem Ödem nach Varizellen, von K. BLÜHDORN-Berlin. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 43.) Ein einjähriges Kind, das nach Angabe der Mutter 14 Tage zuvor an Masern erkrankt gewesen war und deutliche Abschuppung noch zeigte, wurde mit zahlreichen, zum Teil nekrotisierten Varizellenläsionen und einem den ganzen Kopf und Hals einnehmenden, hochgradigen Ödem bei hohem Fieber aufgenommen. Aus den zu beiden Seiten des Halses angelegten Inzisionen entleerte sich reichlich Ödemflüssigkeit, in welcher kulturell und nachher auch im gefärbten Ausstrichpräparat Streptokokken nachgewiesen wurden. Dieselben wurden als lange, aerobe, hämolytische Mikroorganismen beschrieben. Im Venenblute wurden die gleichen Streptokokken auch noch angetroffen. Die nekrotisierten Varizellenbläschen sind jedenfalls als die wahrscheinlichste Eingangspforte der letal endenden Injektion zu bezeichnen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Variola und Vakzination, von HERBERT W. KNIGHT-Rutland. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 57, Nr. 6.) K. hebt die Vorteile der Impfung hervor gegen die Einwendungen der Impfgegner. Schourp-Danzig.

Über die Anwendung des Salvarsans bei 3 Fällen von Variola vera, von LENZMANN-Duisburg. (Med. Klinik, 1911, Nr. 18.) In allen drei ziemlich schweren Fällen zeigte sich bei frühzeitiger intravenöser Salvarsananwendung (0,1—0,25 wiederholt) ein günstiger Verlauf der Krankheit, ohne Komplikationen bei normaler Krankheitsdauer. Verf. sieht sich durch seine Fälle zu weiteren Versuchen in dieser Richtung veranlaßt.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Komplementbindungsreaktion bei der Variolois und der Variola vera, von D. KRYLOFF-St. Petersburg. (Centralbl. f. Bakteriol., 1911, Bd. 60, H. 7.) Die auf umfangreiche eigene Versuche gestützte Arbeit kommt zu folgenden Schlüssen Die Komplementbindungsreaktion findet auch bei Variolois und bei Variola vera statt

Digitized by Google

und kann in manchen Fällen unbedingt zu diagnostischen Zwecken verwendet werden. Die Pockenpusteln enthalten ein Antigen gegenüber dem Serum der Pockenkranken. Die wirksame Kraft des Pustelinhalts (als Antigen) geht mit dem Tode des Kranken nicht verloren, sondern bleibt, in das Filtrat übergehend, beim Trocknen im Vakuumapparate funktionsfähig. Die tierische Lymphe und die wässerigen Organextrakte an Pocken verstorbener Individuen können nicht als Antigen bei der Reaktion gebraucht werden, worüber jedoch nach K.s Ansicht noch weitere Untersuchungen erforderlich sind. Die im Serum der Pockenkranken enthaltenen Antikörper verschwinden mit der Zeit aus dem Organismus. Ein richtiger Verlauf der Komplementbindungsreaktion ist nur unter der Bedingung eines vorhergehenden Titrierens mit Normalserum möglich. Das zu untersuchende Serum soll in möglichst frischem Zustande zur Untersuchung gelangen.

Stern-München.

Die weißen Pocken, von Gaullier-L'Hardy. (Gaz. des hôp., 1911, Nr. 50.) Referat einer Arbeit von Max Rudolph (s. diese Ztschr. Bd. 53, S. 93).

Gunsett-Straßburg.

Pockenschutz und Impfschutz, von Flinzer-Plauen. (Ber. üb. die 8. Hauptvers. d. dtsch. Medizinalbeamten-Ver. zu Dresden. Berlin 1911, Fischers med. Buchh.) Der Verf. gibt eine gute Übersicht über alle für die Wirksamkeit und Notwendigkeit der Schutzpockenimpfung sprechenden Tatsachen. Interessant ist die Statistik der Pockentodesfälle in Plauen, die Fl. für die Jahre 1810—1910 zusammengestellt hat, wo seit dem Impfgesetz Todesfälle an Pocken so gut wie nicht vorkamen, obwohl die Stadt dicht an der österreichischen Grenze liegt, wo ein Impfzwang nicht besteht.

Gunsett-Straßburg.

Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1910, von L. Stumpf-München. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 51.) Der Bericht hat für den dermatologischen Spezialisten weniger Interesse, indem die spärlichen Fälle von Hauterkrankungen, die hierbei erwähnt sind, ohne erhebliche Störungen vorübergingen und deshalb auch nur ganz summarisch mitgeteilt sind. Sie waren von der Art, wie man sie auch sonst schon beobachtet hat.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Der gegenwärtige Stand der Impffrage, von H. Böing-Groß-Lichterfelde-Ost. (Allg. med. Centralztg., 1911, Nr. 32, 33, 35, 36, 37.) Der langen Darlegung kurzer Sinn ist, daß es im Interesse der Impffreunde und im Interesse der Reichsregierung liegen soll, den Antrag der Impfzwanggegner auf Einberufung eines aus gleichen Teilen aus Impffreunden und Impfgegnern bestehenden Rats zur Untersuchung der Grundlagen des Impfgesetzes anzunehmen, damit die Impffrage aufs neue geklärt wird.

Schourp-Danzig.

Impfung in den Philippinen, von Robert Olesen-Manila. (Med. Record, 4. März 1911.) Die Pocken sind in den Philippinen zu Hause und von Zeit zu Zeit kommt es zu kleineren oder größeren Epidemien, mit Hunderten und Tausenden von Todesfällen. Seitdem die Amerikaner die Inseln besitzen, haben sie den Versuch gemacht, Impfungen im großen Maßstabe, auch unter den Eingeborenen fern von den großen Städten durchzuführen. Aberglaube und Unwissenheit haben die Bemühungen oft und sehr erschwert, und es ist verschiedentlich notwendig gewesen, die Ärzte aus den äußeren Distrikten wieder zurückzuziehen, wenn die Haltung der Eingeborenen zu feindlich wurde. Aus dem Bericht einer großen Anzahl von Ärzten gehen die guten Resultate mit solcher Bestimmtheit hervor, daß die Jahre, in denen geimpft wurde, aus dem Mortalitätsbericht zu ersehen sind, da die Todesfälle in diesen Jahren auf ein Zehntel der sonstigen Anzahl herabgingen.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Gelungene Reinkulturen des Cytorrhyctes vaccinae, von J. Siegel. (Centralbl. f. Bakteriol., Bd. 59, H. 4.) S. hält sich auf Grund seiner Untersuchungen für berechtigt, folgende Schlußsätze aufzustellen. 1. Im Blut und in der Milz der Vakzinekälber lassen sich mikroskopisch Kokken nachweisen. 2. Diese Kokken sind schwer, meist nur mittels besonderer Anreicherungsmethoden, zur Kultur auf festen Nährböden zu bringen. 3. Sie unterscheiden sich von ähnlichen bekannten durch morphologische und biologische Eigenschaften. Sie wachsen am besten bei 25°, bilden in den jüngsten Formen und unter besonderen Ernährungsbedingungen außergewöhnlich kleine Körperchen und verwandeln sich bei bestimmten Ernährungsbedingungen infolge von Schleimhüllenbildung zu großen Körpern. 4. Dieselben Gebilde der kleinsten wie der großen Art sind in der mit Pockenlymphe geimpften Kaninchenhornhaut unter dem Namen Cytorrhyctes Guarnieri bekannt. 5. Durch Impfung mit Reinkulturen (auf Agar) lassen sich unter Benutzung geeigneter Methoden, wenn auch vorläufig noch nicht mit derselben Regelmäßigkeit, wie mit Pockenlymphe, dieselben anatomischen Veränderungen des Korneaepithels, sowie das Auftreten der Cytorrhyctes Guarnieri hervorbringen. Stern-München.

Resultate der frühzeitigen Vakzination der Neugeborenen, von Cyrille Jeannin. (Presse méd., 1911, Nr. 60.) Aus mehreren Statistiken, die der Verf. zusammenstellt, ergibt sich, daß bei Vornahme der Impfung in den ersten 3 Tagen nach der Geburt in der Hälfte der Fälle ein Mißerfolg zu verzeichnen ist. Dies läßt auf einen der Impfung gegenüber in den ersten Tagen nach der Geburt bestehenden refraktären Zustand der Kinder schließen, eine kurzdauernde Immunität, die aber schon nach wenigen Tagen aufhört. Eine Erklärung hierfür ist erstens in einer beim Neugeborenen anders gearteten Zusammensetzung des Blutserums, zweitens in einer von der Mutter übertragenen passiven Immunität zu suchen. Gunsett-Straßburg.

Schutzpockenimpfung mit Bezug auf Lebensversicherung, von W. H. Jalland-York (Lancet, 17. Juni 1911.) Als Momente von allgemeinerem Interesse mögen aus dieser Arbeit folgende Feststellungen hervorgehoben werden: Laut ministerieller Erklärung im Parlament wurde in der ersten Hälfte des Jahres 1910 für etwa ein Viertel der in diesem Zeitraum in England geborenen 456000 Kinder Befreiung von Impfzwang gewährt. Seit Januar des laufenden Jahres (also in höchstens 5 Monaten) sind in England schon 118 Pockenfälle gemeldet worden. In der Stadt Leicester, wo bekanntlich das Impfen so gut wie abgeschafft ist, erkrankten im Jahre 1903 einige 400 Personen an Pocken. Zu ihrer Pflege und zur Ausführung der Isolierung usw. waren 63 Personen angestellt, welche teils schon Pocken überstanden hatten, teils erfolgreich geimpft waren. Von diesen erkrankte kein einziger. Sehr bezeichnend sind die in den Jahren 1871 bis 1880 im Krankenhaus zu Hunerton gesammelten Statistiken über fast 5000 Fälle mit 379 tödlich endenden; je nach der seit der Impfung verflossenen Zeit und je nach der Gründlichkeit des Impfaktes variierte der Prozentsatz der Mortalität von 0—12,5.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen eigentümlichen Verlauf von Impfpusteln (Vaccina serpiginosa), von Meder-Köln. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 38.) Bei einem Kinde von 14 Monaten hatte Verf. Gelegenheit, die nicht ganz häufigen Erscheinungen des lokalen Weiterkriechens der Vakzine am Impforte und der Ausstreuung über den ganzen Körper in sehr markanter Form zu beobachten. Am 24. Tage nach der Impfung war das Impfgebiet am Arme zu einer Ausdehnung von ca. 6 × 4 cm ausgewachsen, und in der Umgebung desselben fanden sich etwa ein Dutzend kleiner vorgelagerter Tochterpusteln. Außerdem fanden sich Impfpusteln an mehreren Stellen des Körpers, auch an solchen, zu denen das Virus nicht leicht manuell übertragen worden sein konnte, so an den Fuß-

Digitized by Google

sohlen und namentlich zwischen den Schulterblättern. Unter Lysoform- resp. Borsalbenverbänden trat alsdann schnell Heilung ein, und eine Narbenbildung entwickelte sich, wie späterhin festgestellt wurde, nur an den vier vom Arzte gesetzten Impfschnittstellen des Armes. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Kenntnis der sekundären Impfverletzungen des Auges, von R. Hilbert-Sensburg. (Centralbl. f. prakt. Augenheilk., März 1911.) Ein kräftiges Mädchen wurde am 13. Juni 1910 geimpft. Die vier auf dem linken Oberarm angelegten Impfschnitte waren sämtlich angegangen und hatten sich zu normalen Pusteln entwickelt. Am 27. Juni begann das rechte Auge zu schwellen und es entwickelten sich auf der äußeren Hälfte des rechten, oberen Lidrands drei in jeder Weise normalen Impfpusteln gleichende Bläschen. Die präaurikularen Lymphdrüsen dieser Seite waren stark geschwollen. Es trat Heilung und vollständige restitutio ad integrum des Auges ein.

Gunsett-Straßburg.

Über Versuche zur Desinfektion des Impffeldes, von Hillenberg-Zeitz. (Ztschr. f. Med.-Beamte, 1911, Nr. 17.) Die Versuche wurden mit Jod-Benzinoform, Jod-Tannin-Alkohol-Benzinoform und Mastisol ausgeführt. Die Verwendung des Mastisols dürfte praktisch zu brauchbaren Resultaten führen, da einerseits eine Hemmung der Pustelentwicklung nicht bedingt wird, andererseits die erwünschte freie Ausdunstung des Impffeldes schon nach wenigen Tagen gewährleistet wird, indem die Mastisoldecke abschilfert. Schourp-Danzig.

Wie die Impfgegner arbeiten, von Siefart-Charlottenburg. (Gesundheitslehrer, 14. Jahrg., Nr. 8.) Ein Lehrer publizierte im „Impfgegner" die Krankengeschichte seines Sohnes, der angeblich durch die Impfung erblindete. Bei Nachfrage an den behandelnden Augenarzt stellte sich heraus, daß das Kind an einer angeborenen Augenerkrankung litt. Gunsett-Straßburg.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Erythemato-squamöse Dermatose, von Nicolas und Moutot. (Lyon méd., Bd. 17, S. 128.) Ein 63jähriger Mann wurde von roten, schuppenden, infiltrierten Herden im Gesichte, Nacken und auf der behaarten Kopfhaut befallen, wodurch an letzterer Stelle Haarausfall eintrat. Nach Ablehnung der Diagnosen Mykose, Psoriasis, Syphilis und Lupus erythematosus kommen die Verfasser zu dem Schlusse, daß es sich um eine seborrhoische Affektion handle. Richard Frühwald-Leipzig.

Über einen Fall von Morbus Ritter (Dermatitis exfoliativa neonatorum), von Sorgente. (VII. Kongr. Pediatr. ital., April 1911.) Ein 10 Tage alter Säugling erkrankte mit diffuser Rötung der Haut und Blasenbildung, ohne Fieber. Aus dem Blute konnte ein Staphylococcus aureus gezüchtet werden, welcher vom Blut des kranken Kindes bis zu einer Verdünnung von 1 : 40 agglutiniert wurde. Am 20. Tage der Erkrankung begann eine intensive Abschuppung des ganzen Körpers, unter welcher die Haut wieder stark gerötet und trocken erschien. Am 50. Tage der Erkrankung trat der Tod ein. Die Autopsie zeigte schwere degenerative Alterationen der Leber, diffuse Nekrose der Milz und diffuse Alterationen der Harnkanälchen. Der Verf. hält die Dermatitis exfoliativa Ritter nicht für eine besondere Erkrankung, sondern für eine schwere Art von Pemphigus. Gunsett-Straßburg.

Einige Bemerkungen über das Ekzem, von L. Brocq. (Bull. méd., 1911, S. 923.) Das vulgäre Ekzem beginnt von vornherein mit Bläschen auf normaler oder geröteter

Digitized by Google

Haut, das papulovesikulöse Ekzem mit urtikariellen Knötchen, auf deren Spitze ein Bläschen entsteht und das seborrhoische Ekzem als ein schuppender roter Fleck, auf dem sich dann Bläschen bilden. Der Ätiologie entsprechend muß beim ersten jede äußere Schädlichkeit abgehalten werden, beim zweiten sind die Nieren, der Verdauungskanal und das Nervensystem zu überwachen und beim letzten muß die Zufuhr von animalischem Eiweiß eingeschränkt werden. Lokal kommen beim vulgären Ekzem einfache Umschläge und Puder in Anwendung, beim papulovesikulösen desinfizierende Lösungen, beim letzten endlich Teer, Ichthyol usw. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Ekzembehandlung in den Tropen, von W. D. Sutherland-Sangor (Indien). (Journ. of the royal army med. corps, Sept. 1911.) In erster Linie empfiehlt S. während der ganz heißen Monate und der Regenzeit die Reinigung der Ekzemstellen mittels Öl oder Spiritus vorzunehmen, da die Erfahrung lehrte, daß allzu häufige Wasseranwendung noch mehr reizend auf die Haut einwirkte. Die äußere Anwendung von alkoholischen Flüssigkeiten ist auch imstande, die Absonderung der Schweißdrüsen zu vermindern, während Alkohol, innerlich genommen, deren Tätigkeit bekanntlich erhöht. Es muß auch jede unnötige Körperbewegung bei Ekzem möglichst vermieden werden, wie Lawn-Tennis, Hockey usw., um nicht durch erhöhte Schweißabsonderung neuerdings die Reizung zu vermehren. Zur Schweißtrocknung muß fleißig ein Puder — vielleicht Zinc. oxyd. und Amyl. ää, besser ohne Zusatz von Acid. boric. pulver. — angewandt werden. Bei akutem Ekzem in den Tropen erwies sich S. als bestes Mittel zur Erfüllung der ersten Indikation, der Reizlinderung, die Anwendung von Alumin. acetic. (1—3%ige Lösung des Liquor. alumin. acet.), in Kompressen aufgelegt und mit Guttapercha bedeckt. Wo die Lage des Körperteils diese Behandlung nicht zuläßt, kann man zweimal oder öfters pro Tag folgenden Zinkcreme auflegen: Zinc. oxyd. 40,0, Glycerin. puriss. 60,0, Aqu. rosae 150,0. Weiterhin, wenn Salben vertragen werden, empfiehlt S. folgende Zinksalbe: Zinc. oxyd., amyl. ää 20,0, Vaselin. 40,0, wozu später noch Ol. cadini (1%ig) zugefügt werden kann. Mit fortschreitender Besserung kann auch ein höherer Prozentsatz Teer (bis zu 50%), welcher besonders zur Linderung des Juckreizes dient, zugefügt werden; um das Kratzen nachts zu vermeiden, müssen die Hände verbunden und auch am Bett entsprechende Vorrichtungen angebracht sein, um deren Tätigkeit zu hemmen. In nicht wenigen Fällen kann das Ekzem durch gleichzeitige Skabies, Phthiriasis oder Epiphytosis kompliziert sein und sollte man in hartnäckigen Fällen stets das Mikroskop zu Rate ziehen. Noch lange Zeit nachdem die letzten Erscheinungen des Ekzems — Jucken und Röte — verschwunden sind, sollten die betreffenden Teile mit Teerspiritus gereinigt und jene, die mit Liquor carbonis detergens behandelt werden, täglich einmal reichlich gepudert werden. Bei kühlerem Wetter — speziell bei trockenen Winden — möge von Zeit zu Zeit „Fetron" und ein Ersatz desselben aufgetragen werden, während für die heiße und Regenzeit, auch wenn täglich wieder ein Bad genommen wird, Abtupfen der betreffenden Stellen mit Spiritus späterhin noch von Vorteil ist. Stern-München.

Über die Behandlung hartnäckiger, nässender Ekzeme, von Wehner-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1911, H. 9.) Die bei varikösen Unterschenkelekzemen ausprobierte Methode besteht in Andrücken von mit 5%iger Arg. nitric.-Lösung getränkten Wattebäuschchen an die sezernierenden Stellen so lange, bis Trockenheit erzielt ist. Danach Verband mit 5%iger Lenigallolzinkpasta, welcher drei Tage liegen bleibt. Die Wirkung beruht auf der Reduktion des gebildeten Silberalbuminats durch Lenigallol; es bildet sich ein trockenes, festes Häutchen. Arthur Schucht-Danzig.

Das Ekzem der Zwischenzehenfalten ist meistens parasitärer Natur, von R. Sabouraud. (La Clinique, 1911, Nr. 46.) S. fand, daß in 80% der Fälle von Ekzem der Zwischenzehenfalten, dieses nichts anderes ist, als eine Lokalisation des Ekzema

Digitized by Google

marginatum Hebrae und durch den von ihm beschriebenen Erreger, Epidermophyton inguinale, verursacht wird. Behandlung mit Jodtinktur und Chrysophansäure.
Richard Frühwald-Leipzig.

Günstiger Einfluß einer Höhenkur auf das Säuglingsekzem, von MARFAN. (Bull. méd., 1911, S. 477.) Angeregt durch zwei zufällige Beobachtungen hat M. eine Reihe von Säuglingen, die von schweren, nicht beeinflußbaren Ekzemen befallen waren, in einen Höhenkurort geschickt. Fast bei allen war der Erfolg günstig. In den ersten Tagen tritt keine Veränderung ein oder es verschlimmern sich sogar die Symptome; nach etwa einer Woche blaßt die Eruption ab, hört auf zu nässen, der Juckreiz und die Erregung werden geringer, der Schlaf kommt wieder. Nach 14 Tagen sind nur noch einige vereinzelte Herde zu sehen. Bei einigen Kindern war die Heilung komplett, die anderen hatten mehr oder weniger starke Rückfälle, die aber nie so stark waren, wie der erste Anfall.

Die Höhenkur ist indziert bei den schweren Ekzemfällen. Ein Aufenthalt von 4—6 Wochen in 1000—1500 m Höhe genügt gewöhnlich. Tritt nach 8—14 Tagen keine Besserung ein, oder leiden die Kinder unter dem Klima, soll man sie besser etwas tiefer bringen. So oft es angängig ist, sollen sie im Freien sein. Daneben müssen aber alle Vorschriften bezüglich der Diät und der lokalen Behandlung sorgfältig eingehalten werden. Auf diese Weise können die hartnäckigen Ekzeme geheilt oder so lange in erträglichen Schranken gehalten werden, bis sie, etwa nach dem zweiten Lebensjahre, verschwinden.
Richard Frühwald-Leipzig.

Günstiger Einfluß der Höhenluftbehandlung auf das Ekzem der Säuglinge, von A. B. MARFAN-Paris. (Acad. de méd., 30. Mai 1911.) Das Ekzem der Neugeborenen ist oft eine sehr hartnäckige Krankheit, der gegenüber alle Behandlungsmethoden resultatlos bleiben. Meist verschwindet die Krankheit in spontaner Weise gegen das Ende des zweiten Lebensjahres. In solchen Fällen konnte M. sehr bemerkenswerte therapeutische Erfolge durch die Höhenluftbehandlung erzielen und hat er unter 15 Fällen nur bei einem einzigen auf diese Weise keine Heilung verzeichnen können. Schon nach achttägigem Aufenthalte in der Höhenluft kann eine Besserung der Hautaffektion beobachtet werden. Die Röte verschwindet, das Exsudat nimmt ab und verschwindet dann vollständig, es bilden sich Krusten, die abfallen und in den meisten Fällen ist schon nach 15 Tagen alles geheilt. Die Besserung dauert ununterbrochen fort, solange das Kind in der betreffenden hoch gelegenen Ortschaft sich aufhält, und nur nach dem Zurückkehren in die Ebene werden mitunter Rezidive beobachtet. Um obige Resultate zu erzielen, muß eine Hochlage von 1000—1500 m gewählt werden; es genügt gewöhnlich ein Aufenthalt von 4—6 Wochen.
E. Toff-Braila.

Säuglingsekzem und Höhenkur, von TAILLENS. (Bull. méd., 1911, S. 553.) T. hat oft bei schweren Verdauungsstörungen der Säuglinge glänzende Erfolge mit einer Höhenkur gesehen. Da nun bekanntlich ein intimer Zusammenhang zwischen Säuglingsekzem und Darmstörungen besteht, meint T., daß der von Marfan beobachtete günstige Einfluß des Höhenklimas auf das Ekzem durch die Verbesserung der Verdauung zu erklären sei.
Richard Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur diätetischen Behandlung des Säuglingsekzems, von Frau CHARITINA WILENKIN-BRONSTEIN. (Inaug.-Dissert., Zürich, 1911.) Die Arbeit ist wegen der ausführlichen Kasuistik, welche 10 Fälle umfaßt, bemerkenswert. Sonst ohne nennenswerte Ergebnisse.
Fritz Loeb-München.

Bemerkungen über die Behandlung des Kinderekzems durch die Veränderung der Milch, von G. VARIOT. (Gaz. des hôp., 1911, Nr. 126 u. Bull. méd., 1911, S. 933.)

Digitized by Google

Das richtige, infantile Ekzem kommt viel häufiger bei Brustkindern als bei künstlich ernährten vor. Der Verfasser erzielte immer eine auffallende Besserung des Ekzems, wenn er die Muttermilch teilweise oder ganz durch eine künstliche Ernährung ersetzte.
Gunsett-Straßburg.

Klinische Untersuchungen über die Ätiologie der Psoriasis vulgaris, von B. Dujardin. (Journ. de Bruxelles, 1911, Nr. 24—25.) Für die Ätiologie der Psoriasis kommen nur folgende Hypothesen in Betracht. Die Psoriasis ist: 1. eine Affektion des Nervensystems, 2. angeboren, 3. eine Dyskrasie oder chronische Infektion, 4. eine infektiöse Krankheit. Gegen die erste Annahme spricht die Seltenheit von nervösen Störungen bei Psoriasis; gegen die zweite die Seltenheit der direkten Vererbung und gegen die dritte der ausgezeichnete Gesundheitszustand der Psoriatiker. Dagegen spricht für die Annahme einer Infektion die Heilwirkung der antiseptischen äußeren Behandlung und der entzündliche Charakter der Effloreszenzen. Dennoch muß man außerdem eine Disposition annehmen. Diese wird geschaffen: 1. durch Vererbung, 2. durch Störung der inneren Sekretionen (Hysterektomie), 3. durch Fehler in der Hygiene (Alkoholismus), aber meistens 4. durch akute (Variola, Vakzine, Rheumatismus) oder chronische (Tuberkulose) Infektionskrankheiten. Diese angeführten Momente begünstigen die Ansiedlung des Parasiten. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Indikationen bei Psoriasis, von F. C. Curtis-Albany. (New York med. Journ., 7. Okt. 1911.) C. geht von der häufig gemachten Beobachtung aus, daß Verschlimmerung der Psoriasis mit einer solchen des Allgemeinbefindens zusammenhänge, und erklärt, es gäbe keine spezifische Behandlung der Psoriasis, sondern jeder Fall müsse für sich je nach der individuellen Indikation behandelt, vorhandene Anämie, Neurosen, Rheumatismus, Plethora, Übernährung, sitzende Lebensweise usf. berücksichtigt werden. Daneben ist es wichtig, durch lokal reizende Mittel eine Reaktion oder reaktives Erythem der Haut — außer im akut entzündlichen Stadium — hervorzurufen diese Mittel können Chrysarobin, Teer, Salizylsäure, grüne Seife oder eine Kombination derselben, X-Strahlen und deren Ersatzmittel sein. Mehr hängt von der Intensität der Applikation als der Wahl des Mittels ab; warmes Klima und intensive Sonneneinwirkung sind vielen nicht zuträglich. Die Pathogenese der Psoriasis ist noch unaufgeklärt, ihre Therapie besteht hauptsächlich je in der Behandlung einer vorhandenen Dyskrasie, funktioneller und organischer Störungen. Stern-München.

Ein Beitrag zur Behandlung der Psoriasis vulgaris, von M. Oppenheim. (Österr. Ärzte-Ztg., 1910, Nr. 12.) Empfehlung der Anwendung von Dreuwscher Chrysarobin — Salizyl — Schmierseifensalbe in Fällen chronischer Psoriasis lokaler Natur und der Psoriasis nummularis chronica. Arthur Schucht-Danzig.

140 Fälle von Psoriasis bei Privatpatienten unter vegetabilischer Diät, von L. Duncan Bulkley-New York. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 57, Nr. 9.) 68 männliche und 72 weibliche Psoriatiker wurden auf B.s Verordnung längere Zeit hindurch nur mit vegetabilischer Kost ernährt. Die Psoriasis verschwand völlig bei 32 Patienten, wurde besser bei 60 Fällen und blieb unbeeinflußt bei 16; von diesen letzten waren 13 der Diätverordnung nicht treu geblieben. Schourp-Danzig.

Die „Parakératoses psoriasiformes" von Brocq, von Pierre Fernet. (Inaug.-Dissert., Paris, 1910, Nr. 85.) Von den Ergebnissen der umfangreichen Arbeit (154 Seiten) seien die wichtigsten wiedergegeben. Die Parakeratosis psoriasiformis bildet ein Mittelding zwischen Psoriasis und Ekzem, wenigstens in objektiver Beziehung. Die Unnasche Bezeichnung Ekzema seborrhoicum will der Verfasser nicht weiter gelten lassen, weil diese Parakeratosen nicht die objektiven Kennzeichen des echten vesikulären Ekzems

Digitized by Google

bieten und weil sie sich nicht unbedingt auf seborrhoischer Grundlage entwickeln. Unter den roten und squamösen Dermatosen, welche die Vermittlung zwischen Ekzem und Psoriasis bilden, unterscheidet Verfasser: die Pityriasis steatoides der vorderen Brust, welche wahrscheinlich ein eigenes Krankheitsbild darstelle, die Parapsoriasisformen, die Pityriasis simplex, die psoriasisähnlichen Parakeratosen. Mit letzteren beschäftigt sich der Verfasser. Sie unterscheiden sich von der Pityriasis durch die entzündliche Reaktion der Haut, von der Parapsoriasis durch ihre rapide Entwicklung, durch den Pruritus, durch die relativ leichte Heilbarkeit unter geeigneter Behandlung; von der Psoriasis durch die weniger geschichteten Schuppen, durch eine weniger lebhafte Rötung der Haut, durch negatives Resultat des Kratzversuches und durch die Beschaffenheit der Oberfläche der Affektion. In klinischer Beziehung können sich die psoriasisähnlichen Parakeratosen unter verschiedenen Bildern zeigen. Im allgemeinen kann man unterscheiden: eine Form mit multiplen, disseminierten Plaques, eine Form mit einer oder wenigen Plaques. Erstere können ihren Sitz auf der glatten Haut oder der behaarten Kopfhaut haben; desgleichen die zweite Form. Sie unterscheiden sich aber in klinischer Hinsicht voneinander. Manchmal weisen die psoriasiformen Parakeratosen eine subakute Entwicklung auf mit pseudoexanthematischem Typus, die Eruption einer Pityriasis rosea (Gibert) vortäuschend. Man kann gelegentlich bei ein und demselben Kranken typische Erscheinungen von Pityriasis rosea und typische Erscheinungen von Parakeratosis psoriasiformis sehen. Auf alten ekzematisierten Läsionen sieht man manchmal akute Nachschübe mit ödematöser Schwellung des Integuments, zu beständigen Rezidiven neigend. Brocq hat diesem Typus den Namen des erysipelatoiden rezidivierenden Ekzems gegeben. Ein anderer Krankheitstypus ist davon zu unterscheiden: die Herpetitis maligna exfoliativa. Die Diagnose bietet oft große Schwierigkeiten, da die vielen Übergänge keine präzisen Abgrenzungen gestatten. Verfasser rangiert die psoriasiformen Parakeratosen unter die Hautreaktionen, weil die direkte Ursache des Leidens unbekannt ist. Im übrigen scheinen sie ihm mit der Psoriasis fast die gleiche Pathogenese zu haben: sitzende Lebensweise, übermäßige Fleischernährung, Störungen in den Drüsen mit innerer Sekretion, besonders der Schilddrüse. Die Bedeutung gewisser Infektionen wie Syphilis, Tuberkulose usw. wird vom Verfasser nicht bestritten. Fritz Loeb-München.

Über atypische Psoriasisformen, von Richard Volk-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 34 und 35.) An einer Fülle von eigenartigen Bildern aus Literatur und eigener Beobachtung, belegt durch Krankengeschichten, wird gezeigt, daß die Psoriasis zu den wandlungsreichsten und klinisch hochinteressanten Erkrankungen gehört, die die verschiedensten Krankheitsbilder vorzutäuschen in der Lage ist. Hervorgehoben wird, daß für die atypischen Formen, deren Variationen der Verf. in ein gewisses System zu bringen sucht, außer anderen Punkten charakteristisch zu sein scheint, „daß die Psoriasis beim selben Individuum gewöhnlich in derselben atypischen Form wiederkehrt und nur gelegentlich ein Rückschlag zur gewöhnlichen Form erfolgt. Die Form der Atypie gehört sozusagen zu dem betreffenden Individuum und bewahrt für dasselbe eine gewisse Selbständigkeit". W. Lehmann-Stettin.

Sporotrichose, von Bonnet. (Lyon méd., 1911, Nr. 35.) Demonstration eines Meerschweinchens, das an hämorrhagischer Peritonitis, Pleuritis und Perikarditis eingegangen war, nachdem es mit Kulturen von Sporotrichon geimpft worden war.
Richard Frühwald-Leipzig.

Die Sporotrichose, von Thumin. (Thèse de Montpellier, 1910, Nr. 29.)
Fritz Loeb-München.

Ein Fall von Sporotrichosis beim Menschen, von Albert Beam-Wilsey. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 56, Nr. 23.) Kasuistik. Schourp-Danzig.

Digitized by Google

Zur Diagnose und Therapie der Pilzkrankheiten des behaarten Kopfes, von Bogrow. (Festschrift f. Prof. Nikiforow-Moskau, 1911, S. 61.) Aus der ausführlichen Arbeit des Verf. seien folgende Punkte hervorgehoben: Unter 93, in der Zeit von 1906—1910, von ihm beobachteten Fällen von Pilzkrankheiten des behaarten Kopfes fand Verfasser:

das	Achorion Schönl. . . .	in 30 Fällen
„	Trichoph. endothrix . .	in 51 Fällen
„	Trichoph. ecto-endothrix.	in 7 Fällen
„	Mikrosporon	in 5 Fällen
		In Summa 93 Fällen

In bezug auf die Behandlung bemerkt Verf., daß zur Erzielung der Epilation mittels Röntgenstrahlen einerseits die Epithelisationsdosis, aber nicht die Erythemdosis, angewandt werden soll, welche beide zwar sehr nahe stehen, aber doch nicht gleich sind und daß man andererseits sich nicht ausschließlich auf die Dosikatur von Kienböck und Sabouraud-Noiré verlassen darf, welche für die weichen Röhren ein wenig zu niedrige Angaben machen. Zur Behandlung der interkurrenten Pyodermie empfiehlt Verf. die Anwendung einer Schwefelteersalbe: Flor. sulfuris 3,0, Ol. fagi 2,0, Lanolini, Vaselini ää 15,5 M. f. ungt., und zur Nachbehandlung die von Prof. Pospelow etwas abgeschwächte Dreuwsche Salbe, nämlich: Ac. salicylici, Ac. chrysophanici ää 0,5, Ol. fagi gr., Flor. sulf. ää 10,0, Saponis virid. 15,0, Lanolini, Vaselini ää 20,0 M. f. ungt. Eine Gefahr für das Gehirn liegt bei der Röntgentherapie nicht vor.

Arth. Jordan-Moskau.

Über Sporotrichose, von Fielik-Straßburg i. E. (Ztschr. f. ärzt. Fortb., 1911, Nr. 13.) Eine eingehende und gute Darstellung des Krankheitsbildes, ohne Neues zu bringen.

Arthur Schucht-Danzig.

Bemerkungen über einen Fall von Sporotrichosis, von N. Walker und J. Ritchie-Edinburgh. (Brit. med. Journ., 1. Juli 1911.) Der hier abgebildete und eingehend besprochene Fall scheint der erste zu sein, der in Großbritannien beobachtet worden ist. Es handelte sich um einen 46jährigen kräftigen Arbeiter, der beim Verladen von Erzen sich den Finger leicht verletzt hatte, worauf nach etwa 14 Tagen sich an anderen Stellen neben der gesetzten, nunmehr eiternden Hautwunde kleine, allmählich sich vergrößernde und vermehrende Papeln und Pusteln am Arme hervortraten. Etwa fünf Monate nach erlittenem Trauma kam Pat. ins Krankenhaus mit mehreren geschwürigen Flecken und einem noch intakten Bläschen am rechten Arme. Der sofort rege werdende Verdacht auf Sporotrichosis wurde durch die bakteriologische Untersuchung alsbald bestätigt. Der Kranke erhielt große Dosen Jodkalium, bis zu 4, 8 g pro Tag, und konnte nach sechs Wochen fast geheilt entlassen werden. Die von R. mitgeteilten histologischen und bakteriologischen Untersuchungen ergaben im wesentlichen folgendes: Die kutanen Läsionen, abgesehen von den noch intakten Blasenbildungen, stellten sich als Granulome dar, welche meistens in nekrobiotischen Zerfall geraten sind. Im allgemeinen erinnerte der Befund an die bei chronischer Aktinomykose gefundenen Vorgänge. An einigen Stellen im Gewebe verstreut fanden sich auch Sporen, und es konnte auch (namentlich an experimentell bei Mäusen erzeugten Läsionen) das intrazelluläre Vorkommen derselben nachgewiesen werden. Kulturell bot das Sporotrichon wenig Schwierigkeit, da es aerob auf verschiedenen vegetabilischen Medien, Kartoffeln, Agar usw. gut zu charakteristischen, flockigen, weißen und gelegentlich dunkel gefärbten Kolonien auswuchs. Nach seinen sehr eingehenden Prüfungen des Organismus erklärt R. denselben für übereinstimmend mit der de Beurmannschen Sporothrix.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

3 Fälle von Sporotrichose, von Georges Thibierge und Pierre Gastinet. (Bull. et mem. d. l. soc. méd. des hôpit. de Paris, 19. März 1909.) Mitteilung von drei Krankengeschichten. Der dritte Fall war dadurch ausgezeichnet, daß auch Pharynx und Larynx befallen waren. Diese Läsionen sind durch ihr papillomatöses, nicht ulzeriertes Aussehen charakterisiert und nicht zu verkennen. Die Hauterscheinungen boten nichts Außergewöhnliches. Ihr klinischer Anblick ist nicht so charakteristisch und deshalb ist zur Diagnose die Kultur notwendig. Besprechung der Differentialdiagnose.
Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Sporotrichosis, von W. B. Steward-Denison. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 57, Nr. 6.) Eine 42jährige Frau erkrankte mit einem Geschwür auf der rechten Wange, in dessen Nachbarschaft später ein zweites entstand, ohne daß irgend eine Schmerzempfindlichkeit auftrat. Unter antiseptischen Verbänden und Jodkaliumdarreichung trat Heilung ohne Narbenbildung ein. Schourp-Danzig.

Fall von Sporotrichosis, von Ralph C. Henderson-Erie. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 57, Nr. 13.) Kasuistik. Schourp-Danzig.

Primäre Sporotrichose des Tränensacks, von V. Morax. (Ann. d'oculist., Januar 1911.) Ein 40jähriger Mann litt an einer linksseitigen eitrigen Dakryozystitis mit prälakrymalem Abszeß und Schwellung der Präaurikular- und Submaxillardrüse. Außerdem fand sich ein subkutanes Gumma an der Wange. Die mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein des Sporotrichum Beurmanni. Der Fall heilte glatt mit Jodkalium. Gunsett-Straßburg.

Disseminierte gummöse Sporotrichose mit Veränderungen an den Augen und mit Spina ventosa, von Legry, Sourdel u. Velter. (Bull. méd., 1911, S. 654.) Demonstration eines Falles. Richard Frühwald-Leipzig.

Primäre Osteoperiostitis sporotrichotica, von Lesieur und Marchand. (Lyon méd., Bd. 117, S. 854.) Bei einem 80jährigen Manne fand sich im unteren Drittel der rechten Tibia ein 5 Fr. großer blauroter, von einem Entzündungshofe umgebener Herd, aus dem sich durch eine Fistel krümeliger Eiter entleerte. Mit der Sonde kam man auf nekrotischen Knochen. Kulturell wurde Sporotrichon Beurmanni festgestellt. Besserung durch Jodkalium, doch starb Patient an einer interkurrenten Pneumonie. Die Sektion ergab einen nekrotischen Herd in der Tibia ohne Sequester.
Richard Frühwald-Leipzig.

Osteoperiostitische und artikuläre Läsionen der Sporotrichose. Die Spina ventosa sporotrichotica, ihr radiologisches Aussehen und ihr Verlauf, von E. Jeanselme, P. Chevallier und P. Darbois. (Presse méd., 1911, Nr. 50.) Die Verfasser teilen interessante Lokalisationen der Sporotrichose mit, so am Kniegelenk, wo tuberkulöse Affektion vorgetäuscht wurde und an den Fingern, wo es sich um eine richtige Spina ventosa sporotrichotischer Herkunft handelte. Während in allen bisher mitgeteilten Fällen dieser Art das Knochengerüst intakt war, zeigten sich aber hier bedeutende radiologisch sichtbare Knochenveränderungen. Es war ein Periostitis ossificans, eine Osteoporose mit Kalkschwund (retikuläres und lakunäres Aussehen) und intraosseale Abszesse vorhanden. Nach Jodbehandlung heilen die Erkrankungen gewöhnlich unter Hyperostosen- oder Osteoporosebildung. Gunsett-Straßburg.

Absonderung und Erziehung von Kindern mit „Ringworm" des behaarten Kopfes, von Udo J. Wile-New York. (Med. Record, 20. Mai 1911.) Um den Mikrosporieepidemien unter Schulkindern, wie sie in England und Frankreich viel häufiger zur Beobachtung kommen als in Deutschland, Einhalt zu tun, sind in Paris und London besondere Klassen für die erkrankten Kinder eingerichtet worden, damit sie bei der

Digitized by Google

langen Dauer des Leidens dem Schulunterricht nicht ganz entzogen werden. W. macht den gleichen Vorschlag für New York, wo im Jahre 1908 beinah 6000 Fälle von „Ringworm" festgestellt worden sind. Unter „Ringworm" versteht W. sowohl die Mikrosporie wie auch Favus und eigentliche Trichophytie. W. Lehmann-Stettin.

Zur Behandlung der Trichophytie, von PH. ABRAHAM-London. (The Practitioner, Okt. 1910.) Nichts Neues. W. Lehmann-Stettin.

Die Röntgenstrahlenbehandlung des Herpes tonsurans der Kopfhaut, von L. DUNCAN BULKLEY-New York. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 56, Nr. 23.) Während bei frischen Fällen die altbewährten Heilmittel ausreichend sind, gilt für ältere Fälle die Röntgenbehandlung als die beste. Schourp-Danzig.

Röntgenstrahlen bei der Behandlung der Trichophytie der Kopfhaut, von GIBSON GRAHAM. (Glasgow med. journ., 1911, S. 401.) G. hat mit Röntgenstrahlen in der Therapie des Herpes tonsurans ausgezeichnete Erfolge gehabt. Solange die Technik noch unvollkommen war, kamen Mißerfolge vor, die jetzt sehr selten sind. Doch kann bei einem Rezidiv mit der nötigen Vorsicht wieder bestrahlt werden.
Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Epidemiologie der Mikrosporie in Wien, von ROBERT OTTO STEIN-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 9.) 12 Fälle einer zufällig entdeckten kleinen Epidemie von Mikrosporie des behaarten Kopfes in einer Spielschule. Verf. bespricht die Schwierigkeiten, bei einer Epidemie beginnende Infektionen aufzudecken und erinnert an den von SABOURAUD angegebenen Kunstgriff: Der Kopf des mikrosporieverdächtigen Kindes wird kurz geschoren und der Patient so gegen das Fenster gestellt, daß das Tageslicht schief auffällt. Dann streicht man allenthalben mit dem Daumen an der Stirnhaargrenze und an den Schläfen beginnend der Richtung der Haarströme entgegen bis zur Scheitelhöhe hinauf. Gesunde Haare springen wie die Borsten einer Bürste sofort wieder in ihre ursprüngliche Lage zurück; kranke haben infolge der Durchwachsung des Schaftes durch Pilzmyzelien ihre Elastizität eingebüßt und brechen ab oder verharren in der veränderten Stellung. Auf diese Weise gelingt es oft, Mikrosporieherde zur Ansicht zu bringen, die eine Gruppe von einigen Härchen umfassen und Linsengröße kaum erreichen. W. Lehmann-Stettin.

Die als Alopecia parvimaculata (kleinfleckige Haarkrankheit) bezeichnete Haarkrankheit, von BOEGERSHAUSEN-Lüdinghausen und BESSERER-Münster. (Beil. d. Ztschr. f. Med.-Beamte, 1911, V.) Die bei der männlichen Schuljugend des Dorfes Nordkirchen aufgetretene Haarkrankheit, verlief gleich der von DREUW mit dem Namen Alopecia parvimaculata belegten Berliner Epidemie. Schourp-Danzig.

Neuer Beitrag zum Studium der Epidermophytia erratica trichophytoides et ekzematoides, von CARLO VIGNOLO-LUTATI-Turin. (Morgagni, 1911, Nr. 8.) Es handelt sich um das von SABOURAUD beschriebene Trichophyton inguinale, das dieser Verfasser sowohl bei Ekzema marginatum HEBRAS, als bei ekzem- und intertrigoähnlichen Affektionen der Finger und Zehen fand. Auch sonst über den Körper zerstreut, besonders an Falten, können sich ekzemähnliche, zirkumskripte, kleinere oder größere Herde bilden, welche vom selben Parasiten bedingt sind. V. teilt drei hierhergehörige Fälle mit.
Gunsett-Straßburg.

Oidiomycosis gummosa ulcerosa disseminata; eine neue durch einen neuen Parasiten, das Oidium cutaneum, hervorgerufene Mykose, von DE BEURMANN, GOUGEROT und VAUCHER. (Rev. de méd., Dezember 1910.) Die Verfasser hatten Gelegenheit, eine Kranke zu beobachten, welche subkutane Gummata aufwies, die an tuberkulöse oder sporotrichotische Knötchen erinnerten und bei denen sie einen neuen Oidiumpilz

Digitized by Google

als Erreger fanden. Es handelte sich um eine 34jährige Frau, bei der ohne Grund gummöse Knötchen an der Dorsalseite der Füße auftraten. Dieselben waren schmerzlos, ulzerierten und ähnelten dann großen ulzerierten Furunkeln. Später traten ähnliche Läsionen im Nacken und auf dem linken Arme auf. Drei Monate nach Beginn der Affektion waren 13 Gummen vorhanden. Syphilitische Antezedentien fehlten, bei der inneren Untersuchung konnte nur eine leichte Veränderung der linken Lungenspitze nachgewiesen werden. Bei der Kultur konnte immer derselbe Parasit rein gezüchtet werden. Der Pilz bestand aus isolierten, abgerundeten und sprossenden Zellen, welche die Glykose in Alkohol und Kohlensäure zersetzten. Bei neuen Überimpfungen nahmen die Kulturen einen anderen Habitus an. Es bildeten sich anfangs neben Hefezellen Fäden, zuletzt verschwanden erstere ganz und die Kulturen bestanden nur noch aus Fäden. Dieser Pilz, den die Verfasser Oidium cutaneum nennen, ist für weiße Ratten pathogen. Er erzeugt Septikämie, Peritonitis, Orchitis und gewöhnliche Hautknötchen.

Gunsett-Straßburg.

Favus der Ratte, von Bonnet. (Lyon méd., 117 Bd., S. 1288.) An der Hand eines Falles von Übertragung des Rattenfavus auf den Menschen weist B. darauf hin, daß jener durch Achorion Quinckeanum verursacht wird und beim Menschen nur trichophytieähnliche Erscheinungen hervorruft. Richard Frühwald-Leipzig.

Cheiro-Pompholyx, von W. R. Kemp-Sunderland. (Brit. med. Journ., 28. Okt. 1911.) Kurzer Bericht über einen typischen Fall mit Lokalisation an den Händen, Füßen und Unterschenkeln beiderseits, bei einem 36jährigen Manne. Heilung erfolgte bei lokaler Applikation von schwacher Karbollösung und interner Darreichung von Chinin nach etwa 14 Tagen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Kenntnis der Kontagiosität des Pemphigus neonatorum, von Egon Müller. (Inaug.-Dissert., Erlangen, 1909.) Ältere Verfasser, unter ihnen Hebra, sind gegen die Kontagiosität des Pemphigus neonatorum eingetreten. Fast alle neueren Verfasser aber sind von seiner Kontagiosität vollkommen überzeugt. Verfasser stellt die wichtigeren der bis jetzt in der Literatur bekanntgewordenen Fälle von Übertragung auf Kinder, wie Erwachsene, von Epidemien und Endemien fest, welche jeden Zweifel an der Kontagiosität der Affektion beseitigen. Hyeronymus Mercurialis (1530—1606) hat als erster auf die Kontagiosität hingewiesen. Er schreibt: „Nutrices afficiuntur his affectibus a pueris, quos lactant." Verfasser teilt zwei Fälle aus der Erlanger Universitätskinderklinik mit. Um zu zeigen, wie häufig und gefährlich die Pemphigusinfektionen sind, bringt er ferner eine tabellarische Zusammenstellung des gesammelten Materials mit Angabe von Verfasser, Zahl der Erkrankungen, Zahl der Todesfälle und Angabe der Übertragungsweise, soweit sie eruierbar war. Über die Frage, wie und wodurch die Infektion zustande kommt, haben Mikroskopie und Bakteriologie bis jetzt noch nicht völlig übereinstimmende und überzeugende Resultate geliefert. Verfasser berichtet über die zahlreichen Untersuchungen. Bei der Untersuchung der von ihm mitgeteilten Fälle konnte nur das Vorhandensein von Staphylokokken konstatiert werden. Sicher müssen Mikroorganismen als Erreger der Krankheit angesprochen werden. Aus der Zahl der mannigfaltigen Angaben hebt sich auf Grund der häufigsten Bestätigung als am meisten zuverlässig der Befund von Staphylococcus pyogenes aureus heraus. Die Prognose des Pemphigus neonatorum ist in der Mehrzahl der Fälle günstig zu stellen. Sie erfährt jedoch durch eine ausgedehnte größere Blasenbildung, besonders durch die daran anschließende Eiterung, durch höhere Steigerung der Temperatur, durch Komplikation mit Darmkatarrhen, sowie nachher durch das Auftreten von Furunkulose, Ulzerationen und Phlegmonen eine entsprechende Wendung zum schlechteren. Vielleicht verschlechtert

Digitized by Google

sich die Prognose mit der Virulenz der Bakterien. Für die Prophylaxe kommt allein die Verhütung weiterer Übertragung in Betracht. Das Wichtigste ist jedenfalls, den einmal entstandenen Krankheitsherd möglichst zu beschränken. Hierzu gehört in erster Linie sowohl die strenge Isolierung des Patienten selbst, wie auch der Personen, welche mit ihm in Berührung gekommen sind, insbesondere von anderen Säuglingen. Dasselbe gilt auch für die Gebrauchsgegenstände, wie Wäsche ,Verbandsstoffe usw., welche sofort einer energischen Desinfektion resp. Vernichtung durch Verbrennung überantwortet werden müssen. In den Anstalten ist die Gefahr der Verschleppung am größten durch das Pflegepersonal. In der allgemeinen Praxis dürfte wohl die Gefahr einer Verschleppung der Krankheit am meisten bei den Hebammen zu suchen sein. In einer großen Zahl der vom Verfasser zitierten Fälle, spielt die Hebamme die Rolle der Übertragungsperson. Bei dem nicht gerade immer harmlosen Auftreten von Epidemien und Endemien, sowohl als auch bei Einzelerkrankungen und bei der nicht geringen Zahl von Todesfällen bei denselben, sollte die Sanitätsbehörde schärfere Maßregeln als bisher ergreifen. Es käme auch in Betracht, daß man auch die Angehörigen der erkrankten Personen auf die Leichtigkeit der direkten und indirekten Übertragbarkeit aufmerksam macht und sie zur Vorsicht ermahnt.

Die Behandlung des Pemphigus neonatorum ist vorzugsweise eine exspekttaive. Im allgemeinen empfiehlt es sich, die Blasen soweit wie möglich vor einer mechanischen Verletzung zu schützen und ihre Eintrocknung zu fördern. Meist genügt ein reichliches Einpudern mit Zinkamylum oder Zinktalkum, oder Empyroform. Größere Eruptionen, deren Ruptur auf die Dauer unvermeidlich ist, werden am besten ähnlich wie bei der Hautverbrennung künstlich entleert und dann mit einem Salben- oder Ölverband versehen. Von anderen sind auch Umschläge mit essigsaurer Tonerde (1—2%) in Vorschlag gebracht. Zur Verhütung einer sekundären septischen Infektion werden endlich auch antiseptische Bäder täglich mit Kalium permang. oder neben den adstringierenden zuweilen Sublimatbäder (0,3—0,5 pro Bad) angeraten. Fritz Loeb-München.

Experimentelle Studie über Pemphigus acutus infectiosus, von Landsteiner, Levaditi und Prašek. (Compt. rend. des séances d. l. soc. de biol., 70 Bd., S. 643.) Die Verfasser haben den Inhalt einer Pemphigusblase, die bei einem 6 jährigen Kinde nach Masern aufgetreten war, durch Skarifikation auf das Ohr und die Augenbrauen eines Schimpansen überimpft. Nach zwei Tagen entstanden Blasen mit trübem Inhalte, die nach weiteren zwei Tagen platzten und einen roten, ulzerierten Grund sehen ließen. Zur selben Zeit traten Blasen auf der Oberlippe und tags darauf am Halse auf. 19 Tage nach der Impfung trat ein allgemeiner Blasenausschlag auf, der besonders auf dem Thorax und den Gelenken lokalisiert war. Der Inhalt einer Blase wurde auf dieselbe Weise auf einen zweiten Schimpansen übertragen und bewirkte dieselben Veränderungen. Histologisch findet sich die Hornschicht und die unmittelbar darunter gelegenen Schichten von einer fibrinösen, leukozytenhaltigen Exsudation abgehoben. In der Umgebung der Blase findet man Eiterkörperchen, die die Epithelzellen auseinanderdrängen und kleine intraepidermale Herde bilden. Die Papillen sind ödematös und infiltriert, die Gefäße von einem Entzündungshofe umgeben.

Impfungen auf niedrige Affen ergaben einigemal Blasen, die rasch abheilten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur Ätiologie des Pemphigus infectiosus acutus, von Landsteiner, Levaditi und Prašek. (Compt. rend. d. séances d. l. soc. de biol., Bd. 70, S. 1026.) Die Verfasser haben ihre Experimente über P. inf. acut. fortgesetzt und zunächst gefunden, daß durch Berkefeld-Filter gegangenes Virus weder beim Menschen, noch beim Makaken Erscheinungen setzt. Aus einer Blase beim Schimpansen züchteten sie

Digitized by Google

Staphylokokken und spärliche Streptokokken. Sie infizierten dann Schimpansen mit Staphylokokken und Streptokokken und erhielten in 1—2 Tagen durch erstere deutliche Blasen, in deren Inhalt der Erreger nachzuweisen war, durch letztere keine oder nur geringe Reaktionserscheinungen, die aber ebenfalls Staphylokokken enthielten. Ferner hat sich einer der Experimentatoren durch Skarifikation mit Staphylokokken infiziert und Blasen bekommen, die aber nicht weiter übertragbar waren. Die Verfasser meinen nun, daß die Staphylokokken wahrscheinlich in einem ätiologischen Zusammenhange mit dem Pemphigus infectiosus acutus stehen. Richard Frühwald-Leipzig.

Salvarsan in der Behandlung des chronischen Pemphigus, von R. L. Sutton-Kansas City. (Boston med. surg. journ., März 1911.) In einem langbestehenden Falle von Pemphigus, in dem keinerlei Behandlung irgend welchen Einfluß gehabt hatte, abgesehen von einer leichten Besserung nach Arsen, wurden 0,6 g Salvarsan subkutan injiziert, worauf alle Erscheinungen binnen sechs Tagen abheilten. Ob das Resultat ein dauerndes sein wird, bleibt abzuwarten. W. Lehmann-Stettin.

Der chronische Schleimhautpemphigus der oberen Luftwege, von Arthur Thost-Hamburg. (Arch. f. Laryng., 25. Bd., H. 3.) Die Fälle von chronischem Schleimhautpemphigus, von denen Th. vier Krankengeschichten ausführlich mitteilt, unterscheiden sich unter der großen Zahl von Pemphigusformen durch einen ganz bestimmten Verlauf und stellen ein ganz bestimmtes, in allen Fällen völlig gleiches Krankheitsbild dar. Dabei handelt es sich immer um eine ausschließliche Beteiligung der Schleimhäute und völliges Freibleiben der Hautdecken, mit nur ganz ausnahmsweisem Übergreifen von der Schleimhaut auf die an dieselbe ganz direkt angrenzenden Hautbezirke. Regelmäßig ist auch die Bindehaut des Auges mitbeteiligt, und es kann zu essentieller Schrumpfung derselben und später zu Phthisis bulbi kommen. Gewöhnlich treten auch Verwachsungen aneinandergrenzender Schleimhautpartien und Schrumpfung der tieferen Schleimhautschichten auf. Jede Medikation ist ohne Einfluß, die Wassermannsche Reaktion ist immer negativ. Die Krankheit befällt nur ältere Leute von 50 bis 70 Jahren in schlechtem, sogar kachektischem Allgemeinzustand. Jedoch ist der oft 20 Jahre dauernde Verlauf der Erkrankung immer fieberlos und beeinträchtigt das Allgemeinbefinden nur wenig. Der chronische Pemphigus führt das Ende der davon befallenen Personen nicht herbei, sondern beschleunigt dasselbe höchstens.

Gunsett-Straßburg.

Beiträge zur Ätiologie der Maul- und Klauenseuche, von L. v. Betegh-Fiume. (Centralbl. f. Bakteriol., 1911, Bd. 60, H. 1/2.) Ausgehend von den bisherigen Beobachtungen, wonach das Virus der Maul- und Klauenseuche in der Lymphe der Blasen in bedeutender Menge enthalten ist, stellte Verfasser seine bezüglichen Untersuchungen vor allem mit Dunkelfeldbeleuchtung an, nachdem die Ausstriche von stets frischen, noch nicht aufgebrochenen Blasen der Zunge und Mundschleimhaut (von Rindern usw.) nach Giemsa gefärbt waren. In den nach dieser Methode gefärbten Ausstrichen findet man unzählige kleine, rundliche oder ovoide Körperchen (im Serum und im Kerne der Leukozyten), welche eine periphere, schmale, achromatische Hüllensubstanz und einen zentralen, gefärbten Teil haben. Diese Körperchen sind auch mit Loefflers Methylenblau und Beteghs Dahlialösung, jedoch schwach, färbbar. In Anbetracht der Eigenschaften dieser Körperchen — enormen Menge, Kleinheit, spezifischen Struktur und ihrer Nachweisbarkeit in allen Aphtha-Blasen (anfangs sogar in Reinkultur) — hält sich v. Betegh für berechtigt, anzunehmen, daß es sich hierbei um die spezifischen Erreger dieser Krankheit handelt. Stern-München.

Ein Fall von wahrscheinlicher Übertragung von Maul- und Klauenseuche auf den Menschen, von K. Puschner-Saaz. (Prag. med. Wochenschr., 1911, Nr. 26.)

Digitized by Google

Bei einer Viehmagd bildete sich in wenigen Tagen an beiden Nasenöffnungen ein bläschenförmiger Ausschlag, der sich unter Anschwellen der Nase weiter ausbreitete. Am Eingang der Nasenöffnungen, am oberen Teil der Oberlippe und an beiden Nasenflügeln bildeten sich gelblichgraue, festhaftende, das Niveau der Umgebung überragende Membranen. Hier und da sind isolierte, überlinsengroße, kreisrunde Partien, die an den Rändern leicht wollartig sind und in der Mitte eine kleine Delle zeigen. Gleichzeitig war die Gegend der Nagelwurzel des rechten Zeigefingers, ebenso wie die Nase, verändert. Nach 14 Tagen war der Belag geschwunden. Die Diagnose „Maul- und Klauenseuche" wird per exclusionem gestellt, zumal bei dem Vieh, mit welchem die Kranke umging, diese Krankheit herrschte. Arthur Schucht-Danzig.

Über akute Nephritis bei Kindern nach impetiginösen Hauterkrankungen, von L. Kaumheimer. (Monatsschr. f. Kinderheilk., 10. Bd., Abt. Orig. II.) Eingehende Untersuchung des Materials der Heidelberger Kinderklinik führen den Verfasser zu dem Schlusse, daß die impetiginösen Dermatosen bei den akuten Nephritiden der Kinder (nicht der Säuglinge) eine große ätiologische Rolle spielen. Diese Nephritis, die in Form der hämorrhagischen auftritt, wird wahrscheinlich durch bakterielle Toxine, nicht der primären Hauterkrankung, sondern der sekundären Pyodermie verursacht. Der Ausgang dieser Nierenerkrankung ist meistens günstig. Richard Frühwald-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Behandlung der Geschlechtsleiden durch den praktischen Arzt, von Bruno Bloch-Basel. (Basel, Benno Schwabe u. Co., 1912.) In gedrängter Form stellt B. alles nach dem heutigen Stande unser Therapeutik Erprobte übersichtlich zusammen. Schourp-Danzig.

Mikrobische Natur der Urtikaria, der pruriginösen Dermatosen und des Herpes, von Aristides Fiallo Cabral. (San Pedro de Macoris, republica Dominicana, 1911, Paradas y Cia.) Der Verfasser beschreibt einen Mikroorganismus „Haematozoarium pruriginosum", den er als Erreger der pruriginösen Hauterkrankungen ansieht, und den er auch im Darme von Kranken mit Urtikaria fand. Derselbe Mikroorganismus soll auch der Erreger der Chlorose sein. Die Dermatitis herpetiformis Duhring ist nach Auffassung des Verfassers bedingt durch Symbiose des Mikrobazillus prodigiosus, des Hämatozoarium der Urtikaria und des Diplococcus intestinalis major. (Wir bringen ein Referat aus dieser Arbeit, um zu zeigen, was die Suche nach Bakterien für Auswüchse zeitigen kann. D. R.) A. Gunsett-Straßburg.

Verschiedenes.

Ricords Wohnhaus in Paris, Rue de Tournon 6, ein wiederholt von verschiedenen historischen Persönlichkeiten bewohnter Palast aus der Zeit Ludwigs XIII., wird demnächst abgebrochen, mit ihm verschwindet auch der gigantische Adler, welchen Ricord im Treppenhause hatte anbringen lassen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

27. April 1912 | Nr. 17 | Band 54

Über Entstehung von Gefäßerweiterungen und abnormer Hautreaktion.

Von

Priv.-Doz. Dr. Friedrich Luithlen, Wien.

Von den längere Zeit nach Röntgenbehandlung auftretenden Veränderungen der Haut verdienen die Teleangiektasien dadurch ein besonderes Interesse, daß sie noch Jahre nach der Röntgenbestrahlung auch in der nach Ablauf der ursprünglichen Dermatitis wieder anscheinend ganz gesunden Haut auftreten können, wofür bisher keine befriedigende Erklärung gegeben werden konnte.

In folgendem teile ich einen Fall mit, der geeignet erscheint, dieses eigenartige Krankheitsbild zu klären.

Hr. E. V., 26 Jahre alt, erkrankte vor 10 Jahren bei Gelegenheit einer Kaltwasserkur, die er wegen seiner nervösen Beschwerden in Baden gebrauchte, plötzlich unter starken Jucken an einem Ausbruche von Psoriasis an den Unterschenkeln. Langsame Ausbreitung der Erkrankung über den ganzen Körper in zerstreuten Herden. Vor 8 Jahren wieder bei einer Kaltwasserkur sehr starke Eruption mit mächtiger Schuppen- und Krustenbildung. Seit 6 Jahren nur geringe Ausbreitung der Krankheit, besonders auf der behaarten Kopfhaut, zerstreute Herde am Körper und einzelne an den Ellenbogen, an welchen Stellen die Krankheit jeder Behandlung widerstand.

Wegen der so überaus hartnäckigen Psoriasis am linken Ellenbogen wurde der Patient im Frühjahre 1908 von mir einem Radiologen überwiesen. Nach neun Bestrahlungen mit einer mittelweichen Röhre (7 Wehnelteinheiten) trat am neunten Tage ein kräftiges Erythem auf, das in eine sehr heftige erythematöse Dermatitis aber ohne Exkoriationen überging. Nach Abheilen derselben erschien die Haut normal, die Psoriasiseffloreszenzen waren verschwunden. Seither nur Psoriasis an der Kopfhaut, vereinzelte kleine Herde am Körper; die Ellenbogen blieben dauernd frei. Mitte Januar dieses Jahres trat bei dem Patienten nach Fischgenuß eine sehr starke Urtikaria auf. Außer der Hauteruption, einer Urticaria gigantea, kam es zur Schwellung der Augenlider mit Bindehautveränderung, Schwellung der Lippen, sowie einem schweren typischen Asthmaanfall. Am linken Ellenbogen erschien die Haut gleichzeitig mit Auftreten der Urtikaria gerötet, geschwollen und juckte sehr stark. Weiterhin traten einzelne kleine Psoriasiseffloreszenzen auf. Die Behandlung bestand in Entleerung des Darmes, Einpinseln der Haut mit Thiolfirnis, Alkoholwaschungen, symptomatischer Therapie der asthmatischen Beschwerden. Intern weiterhin Calcium lacticum 6—9 g pro die. Typischer Ablauf der Urtikaria und des asthmatischen Anfalles. Nach Ablauf der Schwellung und Rötung der Haut am linken Ellenbogen wurden auf dem nunmehr blassen Grunde vielfach geschlängelte, zum Teil netzartig angeordnete Gefäßerweiterungen sichtbar. Sie nehmen

Digitized by Google

genau jenen Teil der Haut am Ellenbogen ein, an dem im Jahre 1908 die starke Röntgendermatitis bestand. Dieses ist deshalb mit Sicherheit festzustellen, da der Patient damals photographiert wurde. Die Teleangiektasien bestehen bis heute unverändert; die subjektiven Beschwerden an der Stelle sind geschwunden.

Zusammengefaßt bietet der Fall folgendes Bild. Ein Patient mit nervöser Disposition, an Psoriasis leidend, erkrankt an Urtikaria, mit welcher ein starker asthmatischer Anfall verbunden erscheint. An einer Hautstelle, an der vor 4 Jahren infolge therapeutischer Röntgenbestrahlung eine erythematöse Dermatitis erzeugt wurde, welche Hautpartie seither frei von Psoriasis und ganz normal war, tritt im Gefolge der Urtikaria starke Schwellung und Rötung der Haut, Eruption einzelner Psoriasiseffloreszenzen auf. Nach Ablauf der entzündlichen Erscheinungen bleiben als dauernde Veränderung der Haut Erweiterungen der Gefäße genau in jenem Hautbezirke zurück, der bei Gelegenheit der Röntgenbestrahlung vor 4 Jahren Sitz des heftigen Erythems war.

Auf die Frage, wie weit der Asthmaanfall mit der Urtikaria zusammenhängt, ob er durch dieselbe bedingt war, will ich nicht näher eingehen. Da Patient schon öfter asthmatische Anfälle gehabt, wie erwähnt, nicht frei von nervösen Erscheinungen ist, ist es wahrscheinlich, daß die Urtikaria nur ein auslösendes Moment und vielleicht nicht die eigentliche Ursache des asthmatischen Anfalles war.

Die Beobachtung ist aber in anderer Hinsicht wertvoll, und zwar für die Erkenntnis in welcher Art und Weise Gefäßerweiterungen in der Haut entstehen können. Nebenbei zeigt dieselbe, daß Psoriasiseruption nicht bloß durch äußere Reize, welche die Haut treffen, hervorgerufen werden kann, sondern auch durch im Innern des Organismus auftretende Veränderungen, durch direkte Einwirkung auf die Gefäße.

Es ist bekannt, daß Teleangiektasien noch Jahre nach Röntgenbestrahlungen auch in einer anscheinend ganz normal erscheinenden Haut auftreten können. Bezüglich der Gelegenheitsursachen hierzu wies L. Freund als erster darauf hin, daß Jahre nach Bestrahlungen bei eintretender Schwangerschaft in einer bis dahin normalen Haut Teleangiektasien erscheinen. Eine Erklärung für diese eigenartige Erscheinung wurde bisher nicht versucht.

In meinem Falle handelte es sich um eine Vergiftung und bestanden sicher toxische Substanzen, welche die Urtikaria bedingten; ebenso kann man sicher eine Einwirkung dieser auf die Gefäße annehmen. An allen Hauptpartien kam es nur zu vorübergehender Schädigung der Gefäße, nur an jener Stelle, an der vor Jahren die Röntgendermatitis bestand, trat eine dauernde Veränderung derselben ein. Dies ist in folgender Weise zu erklären. Wie wir wissen, bewirkt Röntgenbestrahlung eine

Digitized by Google

Schädigung der Gefäße, die bis zu weitgehenden anatomischen Veränderungen derselben führen können, worauf die Röntgenschädigungen zum Teil zurückzuführen sind. Schon leichte Bestrahlungen mit Röntgen ändern auch die Reaktion der Haut gegen äußere Reize in der Art, daß man nach diesen eine erhöhte Empfindlichkeit der bestrahlten Hautpartie gegenüber therapeutischen Eingriffen beobachtet. So reagieren auch nur einigemale und nur kurze Zeit bestrahlte Hautpartien, wie man dies besonders häufig bei Psoriasisbehandlung sieht, abnorm stark gegen medikamentöse Behandlung, z. B. Chrysarobin und Pyrogallol, mit Auftreten starker Reaktion, während benachbarte, vorher nicht bestrahlte Partien dasselbe Medikament ohne jeden Schaden vertragen.

Es erscheint berechtigt, die Entstehung der Teleangiektasien in meinem Falle darauf zurückzuführen, daß infolge der Röntgenbestrahlung vor 4 Jahren eine dauernde Veränderung der Gefäße in der anscheinend ganz normalen Haut bestand. Die bei der Urtikaria auf die Gefäße wirkenden toxischen Stoffe, welche bei normalen Gefäßen nur zu vorübergehender Änderung in der Blutfüllung, der Transsudation und Exsudation führen, bewirkten bei den vorher geschädigten, weniger widerstandsfähigen Gefäßen der einst eine Röntgendermatitis aufweisenden Hautpartie eine dauernde Erweiterung.

Auf Grund dieser Auffassung erscheint es auch möglich, das Auftreten der Teleangiektasien im Verlaufe der Schwangerschaft selbst Jahre nach einer Röntgenbestrahlung in anscheinend normaler Haut zu erklären. Es handelt sich bei der Schwangerschaft nicht nur um Änderungen der Zirkulation, im Blutdrucke, sondern auf Grund unserer jetzt bestehenden Ansichten ist man zur Annahme berechtigt, daß in dieser Zeit durch Veränderungen im Gesamtstoffwechsel besondere Stoffe im Kreislaufe vorhanden sind, welche auf die Gefäße in analoger Weise wie die toxischen Substanzen bei Urtikaria einwirken könnten. Hierfür würde auch sprechen, daß wir bei verschiedenen physiologischen Vorgängen im Geschlechtsleben der Frau, der Menstruation, Schwangerschaft, Laktation eine abnorme, stark gesteigerte Empfindlichkeit der Haut gegen Röntgenbestrahlung beobachten, worauf als erster Freund bereits 1904 hingewiesen hat, Beobachtungen, die neuere Untersucher, wie kürzlich Krause, bestätigen konnten. Es bestehen also bei Vorgängen im Sexualtrakte wesentlich andere Verhältnisse in bezug auf die Reaktionsfähigkeit der Haut, Verhältnisse über die wir freilich bisher nur in bezug auf Röntgen klare Ansichten und Beweise haben, die aber auch bei der Ätiologie anderer Hautaffektionen, besonders des Ekzems, der Hautentzündungen überhaupt, der pruriginösen Affektionen, eine Rolle spielen dürften. Eine Reizung der Gefäße infolge besonderer im Kreislaufe befindlicher Produkte des

Digitized by Google

Stoffwechsels wäre imstande, viele Erscheinungen aufzuklären, auf deren Zusammenhang mit dem Sexualtrakte bisher nur klinische Beobachtungen hinweisen.

Schließlich ergeben diese Ausführungen, daß die Reaktionsfähigkeit der Haut durch verschiedene Momente bedingt sein kann. In einer früheren Arbeit habe ich nachgewiesen, daß sie vom Chemismus des Organismus abhängig ist. Die jetzt angeführten Betrachtungen zeigen, daß nicht nur der Stoffwechsel und seine Störungen (Diabetes, Gicht, harnsaure Diathese, Autointoxikation, Änderungen im Mineralstoffwechsel usw.), sondere auch die noch nicht so gut gekannten Verhältnisse der inneren Sekretion ätiologisch von Bedeutung sind, wodurch ein weiterer Schritt in der Erkenntnis des Wesens der Disposition zu einzelnen Hautaffektionen gemacht wird.

Über die Unbrauchbarkeit der Arbeitshypothese „Endotheliom".

Von

Dr. Johannes Fick, Wien.

Man hat mich als radikalen, prinzipiellen Gegner des „Endotheliombegriffs" bezeichnet, und ich bin es auch, weil ich zu der Überzeugung gelangt bin, daß man mit einer bloßen Skepsis, und sei diese noch so groß, deshalb nicht weiterkommt, weil so lange der Endotheliombegriff noch zu Recht besteht, doch immer wieder Tumoren als endotheliale aufgefaßt werden, die mit Endothelzellen sicher nichts zu tun haben. Trotz aller Skepsis bringt jedes Jahr neue Endotheliomfälle, die dann wieder nach einiger Zeit einer noch größeren Skepsis nicht standhalten können; prinzipiell bleibt die Sache beim Alten. Das Endotheliom wird selten, immer seltener, aber irgendwo soll es doch sein, der Endotheliombegriff bleibt. Ich bin nun der Ansicht, daß dieser Begriff im Laufe der Zeit sich aus einer anfänglich anscheinend gut motivierten Arbeitshypothese zu einem die Forschung in einem ganz ungeheurem Maße behindernden, zwar nicht unangefochtenem, aber doch immer noch bestehendem Dogma entwickelt hat. Die Verteidiger des Endotheliombegriffs verlangen einen Beweis gegen die Richtigkeit dieses Dogmas, während ein solcher der Natur der Sache nach ganz unmöglich ist, weil sich exakt doch überhaupt nichts beweisen läßt und bei einer naturwissenschaftlichen Kontroverse die Frage doch immer nur die ist, welche von den beiden Parteien bessere Analogien für ihre Auffassung eines fraglichen Phänomens bei-

Digitized by Google

zubringen vermag. Die einzig richtige Fragestellung kann doch wohl nur die sein: welche Arbeitshypothese ist die bessere, welche läßt sich mit allen sonstigen Erfahrungen am besten in Einklang bringen, welche stützt sich auf die meisten Analogien, welche verspricht für die Zukunft eine größere Ausbeute. Es hat sich nun gezeigt, daß diejenigen, die an die Beurteilung gewisser Tumoren mit der Arbeitshypothese „Endotheliom" herangetreten sind, nicht in der Lage gewesen sind, diese ihre Hypothese auch nur an einem einzigen Fall mit Erfolg anzuwenden, denn es gibt zurzeit nicht nur keinen einwandsfreien Fall von Endotheliom (s. meinen Aufsatz „Über die Endotheliome der Autoren", Mon. f. pr. Derm., Bd. 48), sondern es gibt auch keinen dauernd allgemein anerkannten. Denn die in den letzten Jahren beigebrachten Endotheliomfälle, die etwa noch unwidersprochen geblieben sind, unterscheiden sich prinzipiell durch gar nichts von allen früheren. Dagegen hat sich in einer jetzt schon sehr großen Anzahl von Fällen gezeigt, daß der Ersatz der Arbeitshypothese „Endotheliom" durch die Arbeitshypothese „Epitheliom" sich ausgezeichnet bewährt. Doch könnte das ja auch ein Zufall sein. Nehmen wir also zunächst einmal an, wir hätten überhaupt nur die eine Arbeitshypothese, die Hypothese „Endotheliom" zur Verfügung und sehen wir zu, wie weit wir mit dieser Hypothese kommen. Wir finden in einem fraglichen Tumor Spalten und größere Hohlräume, die mit einer Lage von platten Zellen ausgekleidet sind. Wir nehmen an, daß diese Zellen die Tumormatrixzellen sind, nehmen ferner unserer Arbeitshypothese entsprechend an, daß diese Zellen Endothelzellen sind und eine Kontrolle dieser Annahmen durch die Erfahrungen der normalen Histologie und allgemeinen Pathologie zeigt, daß dieser Annahme a priori keine Bedenken entgegenstehen. Die Annahme, daß es sich um Endothelzellen handelt, ist also eine durchaus willkürliche, aber sie steht in keinem Widerspruch zu sonstigen Erfahrungen; wir können also bei unserer Arbeitshypothese bleiben. Nun untersuchen wir weiter und finden, daß außer den mit einem einschichtigen Zellstratum ausgekleideten Spalten und Hohlräumen auch solche vorhanden sind, die mit Zellen in doppelter und dreifacher Lage ausgekleidet sind, wobei die Zellen so regelmäßig aufeinandergeschichtet sind, daß Formationen entstehen, wie wir sie in normalen Drüsengängen zu sehen gewohnt sind. Auf solche Formationen müssen wir stoßen, wenn sich unsere Arbeitshypothese „Endotheliom" von der Arbeitshypothese „Angiom" unterscheiden soll. Wir sind also wieder gezwungen, unsere Arbeitshypothese „Endotheliom" an den neu hinzugenommenen Bildern der mit einem zwei- und mehrschichtigen Zellenstratum ausgekleideten Spalten und Hohlräume auf ihre Brauchbarkeit zu kontrollieren. Wir sagen also: im normalen Körper und bei allen übrigen

Digitized by Google

pathologischen Prozessen gibt es zwar stets nur ein einschichtiges Endothel, da es sich aber bei unserem Fall um einen Tumor handelt, kann man Abweichungen der Endothelzellen von ihrem sonstigen Verhalten erwarten, man muß sie sogar erwarten. Unsere Arbeitshypothese rechnet ja damit, daß Endothelzellen tumormäßig wuchern. Da wir nun aber doch das Ding beim rechten Namen nennen müssen, müssen wir sagen: das Endothel wuchert, und es kommt zu einer Gewebsformation, die wir nicht anders bezeichnen dürfen, als als zweischichtiges bzw. mehrschichtiges Endothel. Wir müssen das, denn tun wir es nicht, so wäre die Endothelwucherung, auf die wir soeben stießen, nichts anderes, als eine gewöhnliche Endothelwucherung, bei welcher das Endothel nach allen sonstigen Erfahrungen der Pathologie entweder ein einschichtiges, vollkommenes Zellstratum formiert oder doch stets jedenfalls nur so wuchert, daß jede Endothelzelle mit dem Bindegewebe in Berührung bleibt. In unserem Fall sehen wir aber eine reguläre Zellschichtung. Wir stehen also vor der Alternative, entweder unsere Arbeitshypothese aufzugeben, weil sie etwas postuliert, was es bei andern pathologischen Prozessen nicht gibt, oder die Arbeitshypothese aufrecht zu erhalten und zu sagen: wir haben etwas, was ohne jede Analogie dasteht, entdeckt, nämlich ein mehrschichtiges Endothel. Wir entscheiden uns dafür, zunächst die Hypothese aufrecht zu erhalten, hüten uns aber, das neuentdeckte mehrschichtige Endothel als etwas schon ganz Sichergestelltes anzusehen, weil wir doch zugeben müssen, daß dieses mehrschichtige Endothel nur ein aus unserer Arbeitshypothese entspringendes Phänomen ist, das somit nur durch unsere Hypothese gestützt ist, deren Zweckmäßigkeit wir ja erst prüfen müssen. Da nun aber andererseits ein ohne jede Analogie dastehendes Phänomen etwas Unvorstellbares ist, sind wir doch genötigt, dieses mehrschichtige Endothel, zu dem uns unsere Arbeitshypothese geführt hat, zu erklären, und zwar mit Hilfe bekannter Begriffe, zu denen das neuentdeckte mehrschichtige Endothel in Relation gebracht werden kann, denn tun wir das nicht, so können wir auch nicht verlangen, daß irgend jemand an die Existenz des nur mit Hilfe unserer Arbeitshypothese entdeckten mehrschichtigen Endothels glaubt. Das mehrschichtige Endothel ist etwas so Neues, daß jeder Fernerstehende uns entgegenhalten wird, die Entstehung dieses mehrschichtigen Endothels müsse erst erklärt werden, denn es sei ausschließlich zugleich Postulat und Produkt der Arbeitshypothese Endotheliom, während alle andern Arbeitshypothesen der Histologie sowohl wie der Pathologie gegen die Existenz eines solchen sprächen. Wir müssen das zugeben, und es heißt also: entweder Arbeitshypothese Endotheliom aufgeben oder mehrschichtiges Endothel erklären. Wir versuchen letzteres, und es scheinen sich drei Erklärungsmöglich-

Digitized by Google

keiten zu bieten: 1. Direkte Metaplasie, also Umwandlung der Endothelzellen in ein echtes Epithel. Gegen eine solche sprechen wieder alle sonstigen Erfahrungen. 2. Entdifferenzierung und Umdifferenzierung. Aber auch diese Annahme postuliert Vorgänge, für die es an Analogien durchaus fehlt; denn wo würden denn sonst Zellen des Bindegewebes durch Entdifferenzierung und Umdifferenzierung zu Epithelzellen? — Hier wird uns nun schon der Gegner sagen, es wäre doch einfacher, anstatt der Arbeitshypothese „Endotheliom" zu Gefallen entweder eine echte plötzliche Metaplasie oder eine ganz ungeheure Entdifferenzierung und Umdifferenzierung hilfshypothetisch hinzuzunehmen, die Hypothese „Endotheliom" aufzugeben. Aber es bleibt noch ein Ausweg. Wir sagen: das Endothel bleibt Endothel, es wuchert nur in ganz ungewöhnlicher, sonst nicht vorkommender Weise und wird dabei ununterscheidbar ähnlich wucherndem Epithel. Wir geben zu, daß die Arbeitshypothese „Endotheliom" uns zu der ohne Analogie dastehenden Vorstellung eines mehrschichtigen epithelgleichen Endothels führt, aber unsere Arbeitshypothese leistet in anderer Hinsicht so viel, sie erklärt alle andern Befunde in den betreffenden Tumoren so gut, daß wir mit Bestimmtheit darauf rechnen können, daß die Zukunft uns die bisher allerdings vollkommen fehlenden Analogien für das Phänomen des mehrschichtigen epithelgleichen Endothels bringen wird. — Die Zukunft brachte sie aber nicht. — Im Gegenteil. Es zeigte sich, daß das konsequente Weiterarbeiten mit der Arbeitshypothese „Endotheliom" zu noch ganz anderen Entdeckungen als die Entdeckung des mehrschichtigen Endothels führen mußte. Mit unerbittlicher Konsequenz schließen sich an die Entdeckung des mehrschichtigen Endothels, die Entdeckung des endothelialen, drüsenähnlichen Gebildes, des endothelialen Adenoms, des endothelialen Karzinoms, der endothelialen sezernierenden Zelle, der endothelialen Hornperle. Jetzt heißt es wieder: entweder Arbeitshypothese Endotheliom aufgeben, oder Analogien beibringen für die merkwürdigen, noch nie dagewesenen Phänomene. — Analogien beizubringen ist unmöglich. Also müßten wir die Arbeitshypothese aufgeben. Aber diese hat sich mittlerweile festgesetzt, ist dogmatisch geworden, also geben wir sie nicht auf, sondern schränken nur ihr Anwendungsgebiet ein. Wir geben zu, daß eine endotheliale Hornperle, eine endotheliale Cholesteatomkugel etwas Unvorstellbares sind. Wir wollen mit unserer Hypothese nur noch an den Fällen arbeiten, wo sie uns zu durch Analogien gestützten Phänomenen führt. Aber wo sind jetzt diese Fälle? Die Alternative: Hypothese Endotheliom aufgeben oder ein ohne Analogon dastehendes Phänomen annehmen, — ergab sich ja schon in dem Moment, wo wir auf das mehrschichtige Endothel stießen. Aber es scheint sich doch noch ein

Digitized by Google

Ausweg zu bieten. Es gibt Fälle, wo wir mit unserer Arbeitshypothese Endotheliom nicht auf mehrschichtiges Endothel stoßen, und die doch auch wieder aus andern Gründen nicht als Angiome bezeichnet werden können; wir haben diese Tumoren bisher als eigentümliche Angiome bezeichnet. Aber auch hier ist der Ausweg schon versperrt; denn mittlerweile haben andere mit einer andern Hypothese, mit der Arbeitshypothese Epitheliom gearbeitet, sind nicht auf ohne Analogien dastehende Phänomene gestoßen, sondern haben nur gefunden, daß in manchen Fällen Epithelzellen als ganz platte Zellen Spalten auskleiden, wofür ohne weiteres Analogien beigebracht werden konnten. Also auch der Begriff des eigentümlichen Angioms ist fraglich geworden. — Nun wird man fragen: Gibt es denn außer dem gewöhnlichen Angiom gar keine endothelialen Geschwülste? Antwort: Ganz sicher sind nur die Angiome und von ganz sicheren Angiomen ausgehende Tumoren, vorausgesetzt, daß sich bei diesen zeigen läßt, daß es wirklich die Endothelzellen sind, die vom Angiom aus unregelmäßig tumormäßig wuchern. Aber diese Wucherung wird sich immer in einer dem Wesen der Endothelzellen entsprechenden Weise abspielen. Weil Endothelzellen bei entzündlichen Prozessen und im embryonalen Leben, kurz bei jeder Gefäßneubildung, kurz überall, wo sie wuchern, ganz anders wuchern wie Epithelzellen, ganz andere Formationen bilden, muß auch ein durch Wucherung von Endothelzellen entstandener Tumor ganz anders aussehen als ein Epitheliom, und jeder nur einigermaßen krebsähnliche oder adenomähnliche Tumor kann gar nichts anderes sein, als ein Epitheliom. Das Endotheliom der Zukunft muß ganz anders aussehen als das der Vergangenheit und Gegenwart. Denkbar ist nur ein Tumor, den man nach v. Hansemanns Nomenklatur als Sarkoma endotheliale bezeichnen könnte.

Jetzt verstehen wir auch, warum es nicht möglich war, einen einwandfreien Fall von Endotheliom beizubringen. Es gibt kein Endotheliom, weil es gar keins geben kann. Der heutige Begriff des Endothelioms fußt auf der durch gar keine Analogie gestützten willkürlichen Annahme der Existenz eines mehrschichtigen epithelgleichen Endothels.

Nun wird man mir entgegnen, es sei gerade so einfach, an den gleichen fraglichen Tumoren die Arbeitshypothese Epitheliom ad absurdum zu führen, man brauche nur andere Bilder in den gleichen Tumoren zu betrachten und man käme auch sofort auf die Absurditäten: epitheliales Bindegewebe, epitheliales Sarkom u. dergl. — Nun ist das aber doch nicht ganz dasselbe; denn 1. postuliert ja die Arbeitshypothese Epitheliom auch das Vorhandensein eines bindegewebigen Stromes, und 2. ist zu bedenken, daß, wenn die Hypothese Epitheliom schließlich zur Annahme einer Desmoplasie führen würde — was aber durchaus nicht sicher ist, denn die Be-

Digitized by Google

funde lassen sich auch ohne die Annahme einer solchen erklären — eine solche doch viel leichter verständlich wäre, als die Annahme eines ohne Analogie dastehenden mehrschichtigen Endothels oder einer Metaplasie mesenchymaler Zellen in epitheliale; denn die Desmoplasie hat wenigstens ein Vorbild in embryonalen Vorgängen. — Ferner könnte man meinen, die Vorstellung eines mehrschichtigen Endothels sei ja vielleicht absurd, aber noch absurder sei die Vorstellung eines Epithelioms ohne Epithelzellen, denn zu einer solchen führe einen die Epitheliomhypothese, ja sie ginge sogar von einer solchen aus, indem sie an Tumoren angewendet werde, die so situiert sind, daß das zu supponierende Ausgangsepithel an dem betreffenden Ort gar nicht vorhanden sein könne. Spezieller ausgedrückt könnte man sagen, die Epitheliomshypothese führe z. B. zur Vorstellung eines Epithelioms des Herzens, des Knochenmarks u. dergl. Nun zeigt sich aber, daß es viel leichter ist, die für die Epitheliomhypothese durchaus notwendigen Epithelzellen an irgend einem beliebigen Ort des Körpers zu beschaffen, als sich mit der Tatsache eines mehrschichtigen Endothels auseinanderzusetzen, denn letzteres ist ohne Analogie, dagegen ist das Vorkommen von Epithelzellen an Stellen, wo sie sich normalerweise nicht vorfinden, etwas nicht Ungewöhnliches. Immer mehr Beobachtungen von Epitheldystopien werden bekannt und diese Beobachtungen sind so einwandfrei, daß man ruhig mit ihnen rechnen kann. Und noch eine andere Quelle, die auch schon früher für die Epitheliome an Körperstellen, wo man auf das Vorhandensein von Epithelzellen nicht rechnen darf, in Betracht kam, ist jetzt anders zu beurteilen. Nämlich die Metastasen. Es gibt, wenn auch sehr selten, Metastasen histologisch gutartiger Tumoren. Es ist jetzt, theoretisch wenigstens, als durchaus möglich anzusehen, daß ein kleiner irgendwo in der Haut der Kopfregion oder im Gesicht oder in der Nase oder deren Nebenhöhlen gelegener epithelialer Primärtumor, der gar keine Erscheinungen macht, äußerst langsam wächst, in ein lebenswichtiges Organ metastasieren und dann bei der Sektion als Primärtumor imponieren kann. So kann also z. B. ein Epitheliom des Herzens sich als Metastase eines auch bei der Sektion übersehenen kleinen Primärtumors der Haut oder Schleimhaut deuten lassen. Das wird vielleicht ein sehr seltenes Vorkommnis sein, aber wir sind ja auch nur in äußerst seltenen Fällen darauf angewiesen, nach einer solchen Erklärung für das Vorhandensein eines Epithelioms an einem de norma epithelfreien Ort lange zu suchen. In den allermeisten Fällen ist das Epithel, das wir für das Epitheliom brauchen, in allernächster Nähe. Also mit dem Epitheliom ohne Epithel ist es nicht so schlimm, wie manche Verteidiger der Endotheliome das darzustellen sich bemühen; es bleiben nur einige Fälle, für die es nicht möglich ist eine

Digitized by Google

bestimmte Erklärung zu geben, an Erklärungsmöglichkeiten fehlt es nie, dagegen fehlt es immer an einer Erklärung für geschichtetes Endothel in epithelialer Anordnung. Eine Epithelioma cordis kann unter Umständen schwer erklärbar sein, aber ein Adenoma endotheliale cordis ist etwas ganz Unvorstellbares, weil ein mehrschichtiges Endothel etwas ohne jede Analogie Dastehendes ist. — Nun heißt es aber immer, es sei doch nicht „bewiesen", daß alle Endotheliome eigentlich Epitheliome sind? Ich will ja aber auch gar nichts beweisen, denn ein Beweis ist selbstverständlich unmöglich, wie eingangs gesagt, und wenn die Verteidiger des Endotheliombegriffs auf Beweise warten, so werden sie das Endotheliom überhaupt nie aufzugeben brauchen. Es handelt sich für mich nur darum, die beiden Arbeitshypothesen zu vergleichen, es handelt sich für mich nur um die Frage, welche Arbeitshypothese ist die bessere, mit welcher lassen sich die Befunde leichter erklären. — Nun fragen wir zum Schluß, welche hat bisher mehr geleistet. Die Arbeitshypothese Endotheliom hat uns zur Entdeckung eines mehrschichtigen epithelgleichen Endothels geführt, welche Entdeckung uns aber gar nichts nützt, weil sie so vollkommen ohne Analogien ist und gar keine Beziehungen zu anderen Erscheinungen gestattet. Das mehrschichtige Endothel erweitert oder vertieft unsere Kenntnisse gar nicht. Wir können mit dieser Entdeckung nichts anfangen, denn wollen wir sie verwenden, so geraten wir mit allen übrigen Erfahrungen in Widerspruch. Die mit Hilfe der Arbeitshypothese Endotheliom gemachte Entdeckung, die anfänglich so interessant und vielversprechend erschien, ist gänzlich uninteressant und unfruchtbar geworden. Oder was hat man von einer Arbeitshypothese, die einen zur Entdeckung sezernierender Endothelien führt, wenn man mit diesen sezernierenden Endothelien nichts anfangen kann. Sie schweben als Wunderdinge in der Luft, ebenso wie das endotheliale Faserepithel oder das endotheliale Cholesteatom. Das konnte man, als man mit der Arbeitshypothese Endotheliom anfing zu arbeiten, natürlich nicht wissen, aber jetzt weiß man es doch. Und was hat die Arbeitshypothese Epitheliom geleistet? Sie hat schon jetzt, trotz ihrer verhältnismäßig kurzen Anwendungszeit, eine Menge bisher unbekannter Befunde zu Tage gefördert, die zwar mit der Entdeckung eines sezernierenden Endothels an Erstaunlichkeit nicht konkurrieren können, aber dafür den Vorteil haben, sich unseren sonstigen Erfahrungen anpassen zu lassen, zu neuen Fragestellungen anzuregen, Erscheinungen, die früher schon bekannt waren, besser erklären zu lassen, auf noch Unbekannte die Aufmerksamkeit zu lenken, zum Suchen nach bestimmten Vorkommnissen anzuregen u. dergl. Die ganze Brauchbarkeit der Arbeitshypothese Epitheliom zu ermessen, ist zurzeit noch ganz unmöglich. Zunächst ist nur sicher, daß wir bei ihrer Anwendung nicht auf uner-

Digitized by Google

klärbare Merkwürdigkeiten geraten sind, sondern auf Probleme, an die man herantreten kann, ohne weithergeholte Hilfshypothesen in Anspruch nehmen zu müssen. — Fragen wir nun endlich, ob nicht auch beide neben einander bestehen können? Zurzeit scheint mir das ganz unmöglich zu sein. Die Endotheliomhypothese ruht in ihren ersten Anfängen auf der Vorstellung eines mehrschichtigen Endothels, ein solches kommt nicht vor und kann auch gar nicht vorkommen, weil es mit dem einmal festgelegten Begriff des Endothels in Widerspruch steht. Wohin wir aber gelangen und gelangen müssen, wenn wir den festgelegten Begrifff des Endothels nur dem „Endotheliom" zu gefallen ändern, das glaube ich oben gezeigt zu haben. Der heutige Endotheliombegriff ist eben ein Ding der Unmöglichkeit und da man ihn, ohne eine große Verwirrung zu schaffen, nicht abändern kann, soll man ihn ganz aufgeben.

Zurzeit ist aber leider die Situation noch folgende: Die Hypothese Endotheliom setzt epithelgleiches Endothel voraus, und das Dogma Endotheliom diktiert es.

In einem früheren Aufsatz (Mon. f. pr. Derm., Bd. 48, S. 106) sagte ich: „Der Satz: echte Epithelien können — morphologisch betrachtet — zu bindegewebigen Elementen werden, steht fest; der umgekehrte Satz: Endothelien können epithelgleich werden, bedarf dringend neuerlicher Feststellung." Nun ist es doch wohl ganz selbstverständlich, daß man diese neuerliche Feststellung nicht wieder an einem Fall von „Endotheliom" vornimmt, denn es soll ja doch erst die Existenz des „Endothelioms" bewiesen werden. Aber was geschieht? Gertrud Schreiber (Zeitschr. f. Krebsf., 1910) zitiert den eben angeführten Satz und demonstriert mir dann in einem Tumor, den sie als „Endotheliom" deutet, daß Endothelzellen epithelgleich werden können, so epithelgleich, daß die Autorin sogar von „Epithel" spricht, nachdem sie in einer Anmerkung gesagt, Epithel bedeute in ihrem Aufsatz soviel wie epithelgleich gewordenes Endothel. Was soll man zu so einer Beweisführung sagen? Die nebensächliche Frage, ob es statthaft ist, die Bezeichnung Epithel plötzlich für das hypothetische epithelgleich gewordene Endothel zu gebrauchen, will ich nicht weiter erörtern. Borst betont neuerdings (1911, Pathol. Anat., herausg. von L. Aschoff; Kap. Geschwülste) auch den angioblastischen Wachstumstypus der Zellen in den fraglichen Tumoren und meint, Zellschichtungen kämen auch in Endotheliomen vor. Aber erstens ist ja noch gar kein sicheres Endotheliom vorhanden, und zweitens fehlt es für die Bilder, die Borst als Ausdruck eines angioblastischen Wachstumstypus der Zellen deutet, auch der Epitheliomtheorie nicht an Erklärungsmöglichkeiten. Epithelzellen können durchaus Gefäßsprossen vortäuschen und außerdem können ja auch im Stroma echte

Digitized by Google

Gefäßsprossen vorkommen. Sie bedeuten aber nichts für die Beurteilung der Histogenese. Auch Borst rechnet noch viel zu wenig mit der Tatsache, daß Epithelzellen zwar endothelgleich werden können, daß aber das Umgekehrte nicht vorkommt, und daß eine Verwechslung doch nur allenfalls zwischen einschichtigem Endothel und einschichtigem Epithel stattfinden kann, während ein mehrschichtiges Endothel etwas — außerhalb der fraglichen Tumoren — gänzlich Unbekanntes ist.

Überhaupt stehen noch viele Endotheliomanhänger auf dem merkwürdigen Standpunkt, daß sie verlangen, die Epitheliomvertreter sollten ihnen womöglich jeden einzelnen Fall einzeln widerlegen und für jeden Befund eine bestimmte Erklärung geben, vermeiden es aber, zu erklären, wie es denn möglich sei, daß in einem von ihnen als „Endotheliom" gedeuteten Tumor Befunde vorkommen, die mit allem was wir — von den zu verteidigenden Endotheliomen natürlich wieder abgesehen — von Endothelzellen wissen, unvereinbar sind und ausschließlich durch die Annahme der epithelialen Genese des Tumors erklärt werden können. Jetzt sind wir doch wohl schon wenigstens so weit, daß die Epitheliomvertreter das Recht haben, zu verlangen, daß ihnen das mehrschichtige Endothel erklärt werde. Aber davon ist keine Rede. Es werden nur neue Endotheliomfälle zu den alten hinzugefügt. Und doch ist mit der Kasuistik nichts mehr zu machen. Wenn die von Limacher publizierten Fälle eines Hämangioendothelioms in der Schilddrüse kein Endotheliome waren, wie Ribbert schon gezeigt hat, warum sollen denn jetzt die mit dem ersten Limacherschen Fall identischen Fälle Hedingers (Frankf. Zeitschr. f. Pathol., 1909) Endotheliome sein. So kommen wir doch nicht weiter, und es hilft auch nichts, wenn man, wie Hedinger, seine Befunde mit äußerster Ausführlichkeit beschreibt und dann zum Schluß sich gegen die Kritik dadurch zu schützen sucht, daß man ihr Mangel an Kritik vorwirft. Durch solche Mittel kann man den Fortschritt im besten Fall etwas hemmen, und es spricht nicht gerade für die Einwandsfreiheit einer Sache, wenn man genötigt ist, sie mit Kraftsätzen zu unterstützen. Jetzt heißt es endlich einmal ohne Ausweichen die Frage beantworten: Gibt es — natürlich außerhalb des hypothetischen Endothelioms — ein mehrschichtiges epithelgleiches Endothel? Gibt es das, dann kann man noch weiter über die Endotheliome diskutieren, gibt es das nicht, so muß die Endotheliomhypothese radikal aufgegeben werden. Man kann doch nicht einen Tumor aus einem Gewebe sich aufbauen lassen, das sonst gar nicht vorkommt im menschlichen Körper. Es ist geradezu das mehrschichtige Endothel etwas Körperfremdes; körpereigen ist dem menschlichen Körper nur ein einschichtiges Endothel, in welchem, auch wenn es in Wucherung gerät, jede Zelle dem Bindegewebe aufruht, mit dem

Digitized by Google

Bindegewebe in Berechnung bleibt; es kann also unter Umständen z. B. im sog. hypertrophischen Angiom ein mehrreihiges Zellstratum im mikroskopischen Bilde erscheinen, aber nie ein mehrschichtiges, am allerwenigsten ist ein so durchaus epithelial geschichtetes Endothel denkbar, wie es das Endotheliom postuliert, und weil das nicht denkbar ist, gibt es auch kein „Endotheliom", kann es gar kein „Endotheliom" geben, und es wäre die höchste Zeit, das fruchtlose Jagen nach diesem nur in Form einer veralteten unglückseligen Hypothese existierenden Phantom aufzugeben, und zwar gänzlich, und mit vereinten Kräften an dem Ausbau der Arbeitshypothese Epitheliom zu schaffen.

Da es sich für mich an dieser Stelle nicht darum handelt, auf Spezialfälle einzugehen, kann ich nur mit wenigen Worten auf eine Meinungsverschiedenheit, die zwischen mir und Ribbert hinsichtlich gewisser Tumoren der Meningen besteht, eingehen. Ich halte, wie ich an anderer Stelle (Mon. f. pr. Derm., 1909, Bd. 48, S. 106) ausführlicher auseinandergesetzt habe, auch die sog. Endotheliome der Meningen für epitheliale Geschwülste und zwar aus denselben Gründen, die mich bei allen anderen sog. Endotheliomen zu dieser Auffassung zwingen. Dagegen hat nun Ribbert (Virchows Arch., 1910, Bd. 200, S. 141) Stellung genommen, widerlegt aber nicht meine Auffassung, sondern polemisiert gegen Behauptungen, die ich gar nicht aufgestellt habe (hinsichtlich der Entstehung der Psammomkugeln), und entwickelt dann seine Auffassung, durch die aber die epitheliomähnlichen Bilder, die man doch in manchen Exemplaren dieser Geschwülste findet, nicht befriedigend erklärt werden. Jedenfalls bitte ich meine Ausführungen a. a. Orte nicht nach der Replik Ribberts, die auf mißverständlicher Auffassung beruht und den Kernpunkt der Sache gar nicht trifft, zu beurteilen, sondern meine Ausführungen im Originale einzusehen.

Von großer Wichtigkeit für den Stand der Endotheliomfrage ist es, daß Marchand (Naturforschervers. Königsberg, 1910) erklärt hat, die bekannten sog. Endotheliome der Speicheldrüsen seien als epitheliale Geschwülste aufzufassen, und die in der unter Marchands Leitung verfaßten Arbeit Volkmanns beschriebenen Befunde seien dementsprechend umzudeuten. In demselben Vortrag diskutiert Marchand auch schon die Möglichkeit einer epithelialen Mesenchymbildung, ohne aber dabei die Vorgänge im bindegewebigen Stroma zu vernachlässigen. Da es sich mir hier nur um Eliminierung des Endotheliombegriffs handelt, gehe ich auf diese Fragen nicht näher ein und verweise auf das in meinem Aufsatz über die Endotheliome der Autoren S. 22 des Sep.-Abdr. Gesagte. Hier betone ich nur, daß die Arbeit Volkmanns also nicht mehr als Stütze der „Endotheliome" zu verwenden ist. Noch im Jahre 1909 stützt

Digitized by Google

sich E. Theodore (Beitrag zur Lehre von den Endotheliomen der äußeren Haut. Zeitschr. f. Laryngologie, Nr. 31) noch auf die Arbeit von Braun, die doch schon längst widerlegt ist, und der Einfluß der Arbeit Volkmanns war ja wohl noch ein viel größerer. Auch v. Hansemann (Zeitschr. f. Krebsf., 1910) hält noch an der Existenz von Endotheliomen der Parotis und auch der Haut fest. Ebenso, wie schon oben erwähnt, Borst. Man muß den Verteidigern des Endotheliombegriffs förmlich jeden Fall einzeln entreißen, während doch die vorliegende Kasuistik längst groß genug ist, um die Sachlage von einem weiteren Gesichtspunkte aus betrachten zu lassen, ohne daß man sich dem Vorwurf überstürzter Verallgemeinerung aussetzen müßte.

Wie kann man sich nur das Fortbestehen einer Hypothese gefallen lassen, zu deren Stütze seit 1869 kein einziger einwandsfreier oder dauernd anerkannter Fall hat beigebracht werden können? Sie kann doch, so gut motiviert sie anfänglich gewesen sein mag, jetzt keinen Nutzen mehr bringen. Im Gegenteil. Sie absorbiert Arbeitskraft, die in anderer Weise viel besser verwendbar wäre, sie absorbiert vor allem gerade die interessantesten Epitheliomfälle.

Ich schlage also vor, den Endotheliombegriff aufzugeben und zwar gänzlich, weil:

1. kein einwandsfreier Fall von Endotheliom vorliegt — von meinem subjektiven Standpunkt aus betrachtet;

2. kein Fall sich allgemeine dauernde Anerkennung als Endotheliom hat verschaffen können;

3. der Endotheliombegriff auch als Provisorium seinen Wert verloren hat, weil sich die in Betracht kommenden Fälle mit Hilfe der Hypothese Epitheliom erklären lassen, wenn wir auch nur die Erfahrungen, die an ganz sicheren Epitheliomen gemacht wurden, berücksichtigen;

4. weil es gar kein Endotheliom geben kann, sofern wir den einmal festgelegten Begriff des Endothels und die mit diesem Begriff anderweitig gemachten Erfahrungen als das Feststehende betrachten wollen und nicht sagen wollen: am Anfang war das Endotheliom, und danach haben sich die übrige Pathologie und Histologie zu richten.

Für die Beurteilung der Histogenese eines fraglichen Tumors ergibt sich nach Eliminierung des Endotheliombegriffs in der Praxis folgendes:

1. Wenn sich in einem fraglichen Tumor „krebsähnliche“ oder adenomähnliche Bilder oder überhaupt Zellanordnungen in epithelialer Schichtung finden, so enthält der Tumor jedenfalls epitheliale Bestandteile und ist ein Epitheliom im weitesten Sinne des Wortes. Eine Ausnahme machen nur a) die seltenen echten Mischgeschwülste, b) die noch selteneren echten Kombinationsgeschwülste (wobei es sich ja streng

Digitized by Google

genommen um zwei zufällig nebeneinander situierte und zusammenfließende Tumoren handelt) und drittens c) die ebenfalls sehr seltenen, wenn überhaupt vorhandenen Fälle von Carcinoma sarcomatodes im Sinne v. Hansemanns (Entwicklung eines richtigen Sarkoms im Stroma eines epithelialen Tumors). Das sog. falsche Karzinosarkom verdient erhöhte Beachtung.

2. Das Fehlen der sub 1. angegebenen Bilder in einem fraglichen Tumor spricht nicht unbedingt gegen Epitheliom. Es ist stets die Eventualität im Auge zu behalten, daß Epithelzellen sich so verändern und so anordnen können und in solche Beziehungen zum Bindegewebe treten können, daß im mikroskopischen Bilde alle möglichen anderen Tumoren vorgetäuscht werden können. In welchem Umfange diese Eventualität in Betracht kommt, läßt sich zur Zeit noch gar nicht im vollen Umfang ermessen. Unter einem fraglichen Tumor ist hier selbstverständlich nur zu verstehen eine Tumorform, deren Histogenese noch überhaupt ganz dunkel ist, z. B. großzellige reine sog. Spindelzellensarkome und Rundzellensarkome oder als „eigentümliche" Angiome oder Kavernome oder als sog. Mischgeschwülste geführte Befunde. Einer rein epithelialen Onkologie das Wort zu reden, fällt mir selbstverständlich nicht ein.

Ein neutrales Einschiebsel zwischen die epithelialen Geschwülste und die Geschwülste der Bindegewebsgruppe war ja ganz bequem, und es wäre gegen die Existenz eines solchen vielleicht auch nicht gar so viel einzuwenden. Aber das „Endotheliom" ist eben nicht etwas Neutrales; es wird vielmehr dadurch, daß noch immer mit dem Endotheliombegriff gerechnet wird, eine große Gruppe von Tumoren von großem Formenreichtum unrichtigerweise unter die Bindegewebsgeschwülste geschoben. Was das bedeutet, liegt auf der Hand. Daher die große Bedeutung der Endotheliomfrage, eine Bedeutung, die über das Gebiet der Onkologie hinausreicht und die Endotheliomfrage zu Fragen von allgemeinstem Interesse in Beziehung bringt.

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Ein ungewöhnlicher Fall von Lichen planus bei einem Neger, von J. Lee Kirby-Smith-Jacksonville. (New York med. journ., 18. Nov. 1911.) Die Seltenheit des Falles bei dem 35jährigen Neger bestand in der besonders intensiven Ausbreitung des Hautleidens auf das Gesicht, das sowohl Blattern, wie einem annulären Syphilid bei oberflächlicher Betrachtung glich. Die Mundschleimhaut zeigte opale, weißliche Plaques,

Digitized by Google

die Zunge eine Anzahl kleiner, weißer Papeln. Die Krankheit hatte drei Monate vorher zuerst an der Vorhaut des Penis begonnen und sich in wenigen Tagen auf Beine und Rumpf, dann auf das Gesicht ausgedehnt. Die Papeln am Rücken haben ausgesprochene Tendenz zu Gruppierung und reihen sich längs der natürlichen Hautfalten (Lichenifikation). An Gesicht und behaartem Kopf ist leichte Abschuppung vorhanden, Jucken war ein konstantes Symptom seit dem ersten Auftreten der Krankheit. Unter Behandlung mit Sublimatlösung ($^1/_2$%ige, dreimal täglich) und einer Diachylonsalbe ging die Affektion im Gesicht vollständig zurück, an den übrigen Stellen erfuhr sie bedeutende Besserung. Alle Veränderungen, die zurückgingen, zeigen Pigmentierung, mit Ausnahme jener an der Mundschleimhaut und am Penis. Stern-München.

Cheilitis glandularis apostematosa kombiniert mit Cheilitis exfoliativa, von Richard L. Sutton-Kansas City. (Journ. Missouri med. assoc., Mai 1911.) Kasuistik. W. Lehmann-Stettin.

Keratitis infolge von Rosazea, von Walter B. Weidler-New York. (Med. Record, 4. Febr. 1911.) Bericht über einen interessanten Fall einer 42jähr. Frau, bei der der seborrhoische Prozeß der Haut auf die Augenlider und die Bindehaut übergegangen war; die außerordentlich intensive, mit Lichtscheu und Tränenfluß einhergehende Entzündung der Bulbar- und Tarsalkonjunktiva hatte auch eine Hornhauterkrankung im Gefolge gehabt. Gute Erfolge hatte Verf. von Natrium salicylicum viermal täglich 0,5 bis 0,8 g. Bei einem Rezidiv, das nach kurzer Zeit eintrat, fanden sich phlyktänulaartige Eruptionen an der Konjunktiva und an der Kornea; aus diesen entstanden, besonders an der Hornhaut, typische Infiltrationen mit konsekutiver Exfoliation des Epithels und schließlicher Bildung von Geschwüren, die mit Narbenbildung heilten. W. Lehmann-Stettin.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Bemerkungen zur Salvarsanliteratur, von B. Laquer-Wiesbaden. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 41.) Aus der Hochflut der Publikationen über Erfahrungen mit der Salvarsantherapie geht klar hervor, daß die Ehrlichsche Entdeckung jedenfalls Anlaß gegeben hat zu einer sehr viel intensiveren Beobachtung auf dem Gebiete der Syphilis, als dies im allgemeinen während der letzten Jahre der Fall war. Während aber manche Berichterstatter allzu optimistisch über ihre Resultate frohlocken, leiden andere Darstellungen, welche unglückliche Ereignisse bei dieser Behandlung betreffen, an einem ungerechtfertigten Pessimismus. Als Beispiele der letzteren Art bespricht L. die Mitteilungen von Mann, Hofmann, Almquist und Fischer (Münch. med. Wochenschr.) u. a., bei denen, wie er ausführt, noch genauere Aufklärung über den Grad der Mitwirkung des Medikamentes bei dem Mißerfolg nötig wäre. Zum Schluß regt er an, Züchtungsversuche mit der Spirochaeta pallida in Lymphflüssigkeit von Menschen oder Affen, wie von Carell vorgeschlagen ist, auszuführen, und ferner eine statistische Sammelliste über die Gesamtmenge der verwendeten Salvarsanampullen resp. der Anzahl der behandelten Patienten aufzustellen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Der gegenwärtige Stand der Salvarsantherapie, von Richard Sieskind-Berlin. (Berliner Klinik 1912, Heft 283.) Verfasser stellt nach eingehender Würdigung der in der Literatur niedergelegten und der eigenen Erfahrungen mit Salvarsan folgende Grundsätze auf.

Bei dem heutigen Stande der Wissenschaft haben wir die Verpflichtung mit Primäraffekt behafteten Patienten Salvarsan zu applizieren. Die Behandlung muß nach einem festen Heilplane geschehen. Es ist wahrscheinlich, daß verzettelte kleine Dosen nur zu

Digitized by Google

Neurorezidiven führen, deshalb in geeigneten Zwischenräumen etwa jeden 3. bis 4. Tag 3—4mal 0,5 Salvarsan. Will man ganz sicher sein, kann man eine Quecksilberkur anschließen. Nach 4—5 Wochen Serodiagnose, wenn positiv, neuer Turnus der Behandlung, welche auch jetzt noch eine chronisch intermittierende sein muß, da die Dauerwirkung des Salvarsans die des Quecksilbers durchaus nicht übertrifft. Falls keine schweren Erscheinungen vorhanden sind, dürften im ersten Jahre 3—4 Kuren, im zweiten 2 Kuren, im dritten 1 Kur ausreichen. Diese Kuren müssen kombinierte sein, je nach der Schwere des Falles mit Hg salicyl. oder Kalomel. — Vom Ol. cinereum rät Verfasser ab, da gelegentlich sehr schwere Intoxikationserscheinungen. Sehr hartnäckige Rezidive diktieren Abweichungen von diesem Schema, es ist hier besonders zu beachten, daß bei tertiärer, frühulzeröser resp. maligner Lues das Salvarsan von größtem Werte ist. Der praktische Arzt darf eine intravenöse Salvarsaninjektion in seiner Sprechstunde ausführen, aber nur dann, wenn er des sterilen Zustandes seiner Instrumente und Lösungen ganz sicher ist.

Absolute Indikationen des Salvarsans: Fälle von Syphilis maligna; Fälle von Syphilis mit Idiosynkrasie gegen Hg; Fälle mit Erscheinungen, welche gegen Hg refraktär sind; Fälle, in denen eine schnelle Sterilisation von Infektionsherden nötig ist; Neurorezidive, die gewöhnlich am schnellsten unter einer erneuten Salvarsanbehandlung abheilen.

Kontraindikationen des Salvarsans: Von seiten der Augen: alle Fälle, die schon vorher ein anderes Arsenpräparat erhalten haben wie Hektin, Enesol, Arsazetin, Atoxyl; von seiten des Herzens: Ehrlich gibt den guten Rat, die Patienten, die ihres Herzens wegen von der Chloroformnarkose zurückgestellt werden, auch nicht mit Salvarsan zu behandeln; von seiten der Nieren: akute Nephritiden wegen der erschwerten Ausscheidungsbedingungen; von seiten des Verdauungstraktus: Magen- und Duodenalgeschwüre wegen der Gefahr einer tödlichen Blutung; von seiten der Leber: schwere Leberzirrhose oder parenchymatöse Störungen wie akute gelbe Leberatrophie, weil die Leber das entgiftende Organ des menschlichen Körpers ist; von seiten des Zentralnervensystems: schwere Degenerationen des Zentralnervensystems, schwere Zerstörungen der nervösen Substanz und Erweichungen, Arteriosklerose des Gehirns.

Kontraindiziert ist auch das Salvarsan, wenn eine Herxheimersche Reaktion im Bereiche lebenswichtiger Zentren zu erwarten ist.

Kontraindikation von seiten des Stoffwechsels ist schwerer Diabetes.

Bezüglich der Applikation des Salvarsans bedarf noch der Erwähnung, daß heute allgemein die subkutane Anwendung zugunsten der intravenösen verlassen ist. Verfasser verwendet jedoch noch die subkutane Injektion in Fällen, wo eine intravenöse wegen des Zustandes des Herzens oder des Zentralnervensystems nicht am Platze erscheint.

Maximilian Franz-Dresden.

Die Salvarsanfrage am 4. Dezember 1910, von Rob. Duhot. (Ann. de la policlin. centr., 1911, Nr. 2.)

Die Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch die Salvarsanbehandlung, von Rob. Duhot. (Ann. de la policlin. centr., 1911, Nr. 3.) Keine neuen Tatsachen.

Die Pathogenese des Fiebers nach den intravenösen Salvarsaninjektionen, von Rob. Duhot. (Ibidem, 1911, Nr. 4.) Die Ursachen des Fiebers nach intravenöser Salvarsaninjektion sind vielfacher Art. Wahrscheinlich spielt dabei das Medikament selber, das Kochsalz, die Alkalien, die momentane Zusammensetzung des Blutserums und ev. im Körper vorhandene latente Infektionen eine Rolle. Gunsett-Straßburg.

Gegenwärtiger Stand der Salvarsanfrage, von S. J. Meltzer-New York. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 56, Nr. 23.) Allgemein Bekanntes. Schourp-Danzig.

Digitized by Google

Zur Salvarsanfrage, Gaucher-Paris. (Journ. des pratic., 1911, Nr. 49.) Gaucher hält die Indikationen für die Salvarsanbehandlung für ziemlich beschränkte. Lediglich die ulzerösen Prozesse: Schanker, Plaques, Ulzerationen der sekundären und tertiären Periode kommen in Betracht, Fälle in denen das Salvarsan rapide Resultate gibt, welche aber nicht konstant sind und nicht vor Rezidiven schützen. Die Vorliebe der Ärzte für das Salvarsan ist besonders deshalb bedauerlich, weil das Mittel in vielen Fällen sowohl dem Kranken als dem Arzte eine trügerische Sicherheit gibt. Bei den nicht ulzerierten Hautsyphiliden, außer bei der Roseola, ist es von keiner bemerkenswerten Wirkung, außer vielleicht bei der Roseola. Es ist gefährlich in der Syphilis des Nervensystems, des Herzens und der Gefäße, der Nephritis und Albuminurie und ohne Nutzen bei Augenlähmungen, periorbitalen Neuralgien, Kopfschmerzen und Tabes, ebenso bei der Ozäna. Was die unangenehmen Nebenerscheinungen des Salvarsans anbetrifft, so hebt Gaucher besonders Fälle von generalisierter Arsenpolyneuritis und die Neuritiden des Optikus und Akustikus hervor. Todesfälle können auch bei vollständig gesunden Individuen vorkommen, wie die Fälle von Ravaut, Peugniez u. a. beweisen. Es wäre am besten, das Salvarsan nur dann anzuwenden, wenn die klassische Medikation, die seit 400 Jahren Probe bestanden hat, versagt oder, wenn die Kranken Quecksilber nicht vertragen. Gunsett-Straßburg.

Unsere bisherigen Erfahrungen mit Salvarsan, von V. Klingmüller-Kiel. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 41.) Im Laufe von $1^1/_2$ Jahren hat Verf. Beobachtungen an 923 Fällen ausgeführt. Die Injektionen, insgesamt 1521, wurden in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (912) intravenös gegeben, und Verf. betrachtet dieses Verfahren als das nunmehr paradigmatische. Schwierigkeiten bestehen allerdings noch in der Abmessung der indizierten Dosis, indem manche Patienten sich gegen höhere Gaben von 0,7 und 0,8 refraktär verhalten, während bei anderen schon auf 0,3 und 0,4 eine vollständige Heilung eingetreten zu sein scheint. Von den 923 Patienten sind unter der Salvarsanbehandlung 6 gestorben; jedoch kann man in keinem Fall behaupten, daß die Medikation an sich die Ursache des ungünstigen Ausganges gewesen sei. In dem einen Falle, eine 25jährige Gärtnersfrau, ergab die Sektion in der Kubitalvene an der Einstichstelle einen wandständigen Thrombus, Embolie der Pulmonalarterie, Aortitis specifica, Sklerose der Koronararterie und Myodegeneratio cordis. Die Frau hatte nach der Einspritzung sofort trotz dringlicher Verwarnung ihre schwere Gartenarbeit wieder aufgenommen. Das Verhalten der Wassermannschen Reaktion wurde sorgfältig kontrolliert; wie die mitgeteilten Kurven erkennen lassen, hält die sterilisierende Wirkung des Salvarsans oft nur einige Monate an, und macht dann einem positiven Ausfall Platz. Weitere Beobachtungen nach dieser Richtung sind noch in größerem Umfang sehr erwünscht. Vollständige Heilungen durch Verabreichung von Salvarsan im Primärstadium dürften aber nach K.s Beobachtungen sehr wohl zu erzielen sein. In der Regel übt Verf. die Syphilisbehandlung in der Weise aus, daß er an die intravenöse Injektion von 0,3—0,6 Salvarsan die Injektion von Quecksilberpräparaten (vorzugsweise Kalomel, sonst aber auch Hg salicylicum oder graues Öl) ein- oder zweimal wöchentlich bis zum Verbrauch von 10—15 Dosen anschließt und dann eine zweite Salvarsangabe folgen läßt. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die $1^1/_4$ jährige Erfahrung mit Salvarsan in der venereologischen Klinik der Antiquaille zu Lyon, von J. Nicolas und H. Moutot. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 7.) Die Verf. konnten einen guten kurativen, aber minderen präventiven Effekt des Salvarsans bei intravenöser Injektion feststellen. Indiziert ist seine Anwendung im primären Stadium um eine Abortivkur zu versuchen, ferner in den Fällen, wo Quecksilber versagt oder nicht vertragen wird, dann bei hartnäckigen Schleimhauterkrankungen und

Digitized by Google

schließlich bei bedrohlichen Erscheinungen, wenn raschestes Eingreifen nötig ist. Die geringste Dosis muß 0,4 sein. Kontraindikationen sind hohes Alter, Erkrankungen des Nerven- und Gefäßsystems, Tuberkulose, Diabetes, Nephritis usw. Quecksilber darf nicht verlassen werden. Richard Frühwald-Leipzig.

Meine Erfahrungen bei der Anwendung des Salvarsans, von J. Sellei-Budapest. (Gyógyászat, 1912, Nr. 1.) Auf die Spirochäten konnte Quecksilber, im Gegensatze zum Salvarsan, keine direkte Wirkung ausüben. Salvarsan ist die Spirillen zu vernichten imstande. Die nach seiner Anwendung auftretenden Rezidive, nahmen nach Ehrmann, Bettmann und anderen manchmal schwierigere klinische Formen an, als nach Quecksilbergebrauch. Verfasser dagegen sah keine Abweichung zwischen den Rezidiven nach Anwendung des Quecksilbers oder des Salvarsans. Der klinische Charakter der neueren Eruptionen hängt von der Kraft der in der Haut angehäuften Antikörper ab. Wenn sie sich in gehöriger Menge gebildet haben, ist die zweite Eruption schwach; wenn sie ungenügend sind, ist die zweite Eruption schwereren Charakters als die erste. Salvarsan allein bewährte sich nicht genügend, um das Virus vollkommen zugrunde zu richten und den Boden so zu verändern, daß sich die zurückgebliebenen Keime nicht wieder vermehren konnten. Mit Salvarsan ist es nicht gelungen eine vollkommene Sterilisation zu erreichen. Deshalb warte man nicht ab, ob nach der ersten Injektion ein Rezidiv auftritt oder nicht, sondern man benutze das Salvarsan gleichzeitig mit den übrigen antiluetischen Mitteln, selbst mehrere Male nacheinander. Die Behandlung entspricht anfangs einer intermittierenden Behandlung, die mit Einschaltung von Salvarsan erweitert worden ist. Der Ehrlichschen Ansicht über Neurorezidive gegenüber meint Verfasser, daß die Syphilisrezidive auch von anderwärts z. B. von den Drüsen hervorbrechenden und wieder in die Lymphzirkulation gelangenden Spirochäten entstehen können. Nach Ehrlich greift Salvarsan die zerstreuten überall festgesessenen Spirochäten an, nach Verfasser werden infolge der Salvarsanbehandlung Spirochäten auch auf ungewöhnliche Stellen gebracht. Die Ursache der Neurorezidive ist Lues, Salvarsan hingegen ist die unmittelbare Triebkraft. Die Anwendung des Salvarsans erfolge wegen der heftigen lokalen Schmerzen nur intravenös. Infiltrate bleiben auch dann nicht aus, wenn das Mittel auf mehrere Stellen verteilt injiziert wird. Der Patient wird weder rascher, noch besser geheilt. Er ist Anhänger der kleinen Einzeldosen. Bei 0,3 fängt er an, bei den weiteren Injektionen gibt er 0,2. Seitdem er sterilisierte und geseite laue und nicht warme Kochsalzlösung anwendet, nahmen die Temperaturerhöhungen nach Injektionen ab. Über deren Ursache teilt Verfasser Wechselmanns Ansicht über den Keimgehalt der Kochsalzlösung nicht; denn mit derselben Lösung injizierte er mehrere Patienten; 2—3 blieben vollkommen fieberfrei, bei einem stieg die Temperatur auf 39,8°. 8—10 bis sogar 14 Tage nach der Injektion auftretendes Fieber, Unwohlsein, Diarrhöe beweisen, daß Salvarsan in einzelnen Fällen Intoxikation hervorrufen kann und daß die unmittelbar nach der Injektion auftretenden Symptome Folgen der Arsenikvergiftung sind. Verfasser kann es keineswegs billigen, daß Salvarsaninjektionen, wenn auch in kleinen Dosen in sehr kurzen Zwischenräumen gegeben werden. Als Gegenanzeige der Salvarsananwendung betrachtet er weder Herz- noch luetische Nierenerkrankungen. Bei der Syphilis des Gehirnnervensystems, bei von Spirochäten hervorgerufenen Krankheiten bewährte sich das Mittel sehr gut. In parasyphilitischen Fällen milderte es ab und zu den Zustand des Patienten, objektive Besserungen sah Verfasser weder in nennenswerter noch anhaltender Weise. Porosz-Budapest.

Ein Jahr Erfahrungen mit Salvarsan. Bericht über 230 Injektionen mit besonderer Beziehung zu Komplikationen des Auges und Ohres, von B. C. Corbus-Chicago. (Med. Record, 18. November 1911.) Kurze Übersicht über Salvarsanberichte

Digitized by Google

der amerikanischen Literatur, die nichts besonders Neues bringt. Seine eigenen Fälle hat Verf. unter steter Kontrolle mittels Wassermannscher Reaktion behandelt; darunter fünf Fälle von Primäraffekt, 53 Fälle mit sekundärer Syphilis, 44 mit latenter Syphilis; drei Fälle gehörten dem tertiären Stadium an, 19 zeigten Erscheinungen des Nervensystems. In den zuletzt genannten Fällen waren die Resultate wenig ermutigend; die übrigen Erfolge berichten Bekanntes. Verf. ist der Meinung, daß Salvarsan keine eigentliche neurotropische Wirkung hat, doch hält er es für unbedingt notwendig, daß alle Fälle, die mit Salvarsan behandelt werden, sorgfältigst ausgewählt werden, um Schädigungen zu vermeiden. Die gute Wirkung des Salvarsans wird fraglos durch die Kombination mit Quecksilber erhöht. W. Lehmann-Stettin.

Kurzer Bericht über 414 Salvarsaninjektionen, von G. Ballenger und F. Elder-Atlanta. (Med. Record, 2. Dezember 1911.) Die Verf. legen außerordentlichen Wert auf eine exakte Technik, die sie beschreiben, ohne wesentlich Neues zu bringen, und sodann auf die unbedingte Notwendigkeit wiederholter Injektionen. Ebenso halten sie es für unbedingt notwendig, daß die Patienten einer genauen klinischen Untersuchung unterzogen und danach ausgewählt werden; auch die Höhe der Dosis soll sich nach dem Allgemeinbefinden und dem Gewichte des betreffenden Patienten richten. Dadurch haben sie es erreicht, daß sie eigentlich keinerlei unangenehme Nebenwirkungen gehabt haben; nur ein Patient wurde am fünften Tage nach einer intravenösen Injektion von 0,5 g bewußtlos. Dieser Zustand dauerte ungefähr 20 Stunden an, verschwand allmählich wieder, ohne daß es möglich gewesen wäre, eine Erklärung dafür zu geben. Merkwürdiger Weise empfehlen die Verf. am Tage der Behandlung und in den nächsten zwei Wochen große Mengen Wasser oder Mineralbrunnen zu trinken, angeblich um die Ausscheidung des Salvarsans zu erleichtern und eine Nierenreizung zu vermeiden. Nausea, Erbrechen, Schüttelfrost und Fieber sind in den ersten 24 Stunden sehr häufig gewesen, ohne unangenehme Grade zu erreichen. W. Lehmann-Stettin.

Die bisherigen Ergebnisse der Abortivbehandlung der Syphilis mittels Exzision, Salvarsan und Quecksilber, von Hugo Hecht-Prag. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 44.) Es wurden 60 Fälle, die durch passenden Sitz des Primäraffektes die Exzision erlaubten und durch noch negative Seroreaktion Aussicht auf dauernden Erfolg gaben, folgender Abortivbehandlung unterworfen: Außer Exzision des Primäraffekts wurden oft auch die tastbaren, vergrößerten Leistendrüsen entfernt. Daran schloß sich eine intravenöse Salvarsaninjektion von 0,4 - 0,6 g, sodann eine Kalomelkur ($^1/_2$ Spritze der 10%igen Emulsion in Sesamöl jeden fünften bis sechsten Tag), oft auch statt dessen eine Schmierkur oder eine andere Form der Quecksilberbehandlung und als Abschluß der höchstens 5 bis 6 Wochen dauernden Behandlung eine zweite intravenöse Salvarsaninjektion. Die Diagnose war in allen Fällen durch den Nachweis der Spirochäten bekräftigt. Die Erfahrungen, welche H. mit dieser Methode machte, soll ausgezeichnet sein und werden in einer Fachzeitschrift publiziert werden. Minder günstig waren die Erfolge, wenn bei bereits vorhandener positiver Seroreaktion zu dieser Behandlung geschritten wurde. Gunsett-Straßburg.

Einige Beobachtungen bei der Salvarsanbehandlung im Garnisonlazarett Windhuk, Deutsch-Südwestafrika, von Westphal-Windhuk. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 44.) Verf. verabreichte bei seinen Patienten anfangs zweimal je 0,4 in alkalischer Verdünnung in einem Zwischenraum von drei Wochen; später erhöhte er die Dosis auf 0,6 und infundierte dies in Abständen von je einer Woche dreimal. Bei einem Patienten mit frischer, noch unbehandelter sekundärer Lues, der 0,4 und 15 Tage später 0,45 erhalten hatte, konstatierte er etwa 5 Monate später eine vollständige Taubheit des einen Ohres, welche auch auf weitere Behandlung mit zwei Infusionen zu je 0,6

Digitized by Google

sich nicht änderte. Die fieberhafte Reaktion nach den Injektionen erklärt er als direkte Wirkung des Medikamentes und zeigt an zwei kleinen Tabellen, daß Temperatursteigerungen direkt proportional der Frische und Schwere der syphilitischen Erkrankung hervortreten und umgekehrt proportional der vorausgegangenen antiluetischen Behandlung. Ferner schließt er aus seinen Beobachtungen, daß jeder frische Fall von Syphilis in kurzen Abständen intravenöse Salvarsaninjektionen erhalten sollte, bis der Kranke nicht mehr mit Fieber darauf reagiert. Philippi-Bad Salzschlirf.

Erfahrungen mit Salvarsan in der Klinik Baudelocque. Von Bar (Bull. méd., 1911, S. 933.) Bekanntes. Richard Frühwald-Leipzig.

Bjelow. Das Fazit der $1^1/_2$jährigen Erforschung des Salvarsans in Verbindung mit der Idee von Prof. Ehrlich von der Therapia magna sterilisans. (Russki Wratsch. 1911, Nr. 50 u. 52.) Das Fazit, welches Bjelow über das Salvarsan zieht, lautet:

1. Das Salvarsan wirkt als arsenikhaltiges Präparat anscheinend nicht auf die Spirochäten, Plasmodien, Trypanosomen usw., sondern auf den Organismus, in dem es eine Steigerung der hyperplastischen Prozesse in den Geweben hervorruft.

2. Diese Steigerung der hyperplastischen Wirkung in den Geweben bewirkt eine Verheilung der Geschwüre und einen Schwund einiger äußerer Erscheinungen der Syphilis, was bei dem Erhaltenbleiben der Spirochäten das Auftreten von Rezidiven nicht verhindert.

3. Die Steigerung der plastischen Tätigkeit des Blutgewebes erhöht die Kraft des Organismus zum Kampf mit den Mikrobien und ihren Toxinen, was in einigen Fällen eine Genesung bedingen kann.

4. Die Steigerung der plastischen Tätigkeit des Nervengewebes, welche aber sehr begrenzt ist, kann in einigen Fällen eine Besserung derartiger Krankheiten, wie Tabes usw. erklären.

5. Die Steigerung der plastischen Tätigkeit bei Erhaltenbleiben der Erreger der Krankheit gibt eine Erklärung für die Fälle vom Übergang der primären Erscheinungen der Syphilis zu den tertiären, wie für die Fälle von Pseudoreinfektion.

6. Das Salvarsan heilt nicht die Syphilis aus, sondern ist nur ein Hilfsmittel neben dem Quecksilber und Jod. Arth. Jordan-Moskau.

Salvarsan, während eines Jahres gesammelte Erfahrungen, von Magnus Möller-Stockholm. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 3.) Verfasser berührt zunächst, daß die intravenösen Injektionen große Vorteile vor den subkutanen durch ihre geringeren Unzuträglichkeiten bieten. Was die Arsenikausscheidung durch die Nieren anbetrifft, so geschieht dieselbe bei subkutanen oder intramuskulären Injektionen langsam und hält längere Zeit an. Bei intravenösen Injektionen vollzieht sich die Elimination des Arseniks bedeutend schneller.

Bei Beurteilung der Behandlungsresultate bei Salvarsan ist zu unterscheiden zwischen: 1. der Symptomwirkung des Mittels, d. h. seiner zufälligen Effektivität; 2. der Einwirkung auf den zukünftigen Verlauf der Krankheit in Hinsicht auf Umstimmung der Wassermannschen Reaktion und der Rezidive. 1. Ist bei Salvarsan sehr kräftig. Spirochaetae pallidae in Primäraffekt und nässenden Papeln manchmal in ein paar Tagen nicht mehr nachweisbar. Bei Lues I und II schnellere Wirkung als bei Hg sal. und Kalomel. Bei Lues III eine dem KJ vergleichbare Wirkung. 2. Umstimmende Wirkung auf die Wassermannsche Reaktion, jedoch nicht schneller als bei den alten Mitteln. Bei richtiger Anwendung prophylaktische Wirkung gegen die Rezidive.

Bei subkutanen Injektionen, und zwar zwei in gleich großen Dosen in zwei Monaten

Digitized by Google

Zwischenraum gegeben, wurden während eines Jahres mehrere Rezidive von seiten der Haut, der Meningen und der Iris beobachtet.

Bei intravenösen Injektionen 2—3 während zwei Monaten gegeben, war die Anzahl der Rezidive geringer und die der WASSERMANN-Reaktionen. welche negativ wurde, größer. Der Durchschnittsprozentsatz positiv gebliebener WASSERMANN-Reaktionen ist für die schwach behandelten Fälle 59, für die kräftig behandelten 49. Umgekehrt Durchschnittsprozentsatz der eingetroffenen Rezidive für schwach behandelte Fälle 34, für kräftig behandelte 13. Sehr gute Wirkung des Salvarsans bei Lues maligna, wo jedoch Verfasser auch nicht ganz auf die Hg-Behandlung verzichten möchte. Eine kombinierte Behandlung von Hg + Salvarsan hält Verfasser für sehr rationell, hat dieselbe jedoch noch nicht erprobt. Kobligk-Dresden.

Über Erfahrungen bis 1900 mit Salvarsan behandelten Syphiliskranken, von F. ZIMMERN-Frankfurt a. M. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 34.) Seit November v. J. wurde ausschließlich die intravenöse Methode angewandt; jeder Patient erhielt zwei Injektionen im Abstand von anfangs 8, später 14 Tagen. Unangenehme Folgeerscheinungen wurden nicht beobachtet. Arsenexantheme traten in 7 Fällen auf. Von den 125 über ein halbes Jahr beobachteten Fälle, welche subkutan oder intramuskulär behandelt wurden, bekamen 56 klinische Rezidive und hatten außer diesen 25 eine positive WASSERMANNsche Reaktion. Verfasser spricht hiernach von einer „Heilung" in 35% der Fälle. Die entsprechende Ziffer bei intravenöser Behandlung, allerdings nur dreimonatiger Beobachtung, lautet 59% „Heilungen". Fälle, bei denen Salvarsan zweimal intravenös gegeben, nur langsam oder gar keine Heilung brachte, wurden 14 beobachtet. Nur ein absoluter Versager wurde gesehen, in dem Fall eines Gumma mit Sequester der Kieferhöhle. Die WASSERMANNsche Reaktion wurde unter 132 intravenös behandelten Fällen 90mal negativ (60—70%). In der letzten Zeit wurde kombiniert behandelt, d. h. mit einer Kalomelspritzkur von acht Injektionen a 0,1. Neurorezidive wurden bei intravenöser Behandlung in 1% der Fälle beobachtet. In den letzten Wochen wurde zur Behandlung mit drei intravenösen Injektionen übergegangen. Arthur Schucht-Danzig.

Eine Studie von 50 mit Salvarsan behandelten Syphilisfällen, mit spezieller Hinsicht auf das klinische Resultat und die WASSERMANNsche Reaktion, von ABR. L. WOLBARST-New York. (New York med. Journ., 16. u. 23. Sept. 1911.) Von den 50 Fällen, die 3—10 Monate lang (im Durchschnitt 6,4 Monate) beobachtet wurden, können 27 (54%) nach einer einzigen Injektion als klinisch „geheilt" angesehen werden, 10 (20%) waren bedeutend gebessert, ohne Rückfälle zu haben, 10 (20%) gebessert, aber mit späteren Rückfällen, 3 (6%) zeigten keinerlei Veränderung nach der (Salvarsan-)Behandlung. Wenn Rückfälle vorkamen, so war dies meist in den ersten drei Monaten nach der Behandlung der Fall. Eine Injektion war offenbar meist nicht genügend, um das gewünschte Resultat zu erzielen. In einem Fall trat nach sieben, in einem anderen nach acht Monaten Rezidive ein. Wiederholungen der Behandlung sollten innerhalb des ersten Monats gegeben werden. Die WASSERMANNsche Reaktion blieb positiv in 33% der Fälle, sie ward und blieb negativ (auf 4—5 Monate) in 30% derselben. Der therapeutische Effekt einer einzigen Salvarsaninjektion kommt in einem großen Prozentsatz der Fälle einer Quecksilber- und Jodkur gleich; dies trifft speziell zu bei Primär- und solchen Fällen, welche auf energische Behandlung mit Quecksilber und Jod nicht reagiert hatten. W. sieht im Salvarsan das bedeutendste und wertvollste Mittel, das wir gegen Syphilis besitzen; es wird Quecksilber und Jod nicht vollständig ersetzen, aber trotzdem an erster Stelle stehen. Wir sind noch in Ungewißheit, welches die beste Anwendungsweise des Salvarsans, welches dessen maximale

Digitized by Google

Heilungsdosis ist oder wie oft es anzuwenden ist. Verfasser ist überzeugt, daß wir über all diese Fragen in nicht zu ferner Zeit genau unterrichtet sein werden. Die 50 Fälle sind einzeln in ihrem Hauptverlaufe wiedergegeben. Stern-München.

200 mit Salvarsan behandelte Syphilisfälle, von O. v. Petersen und M. Kolpaktschi. (Petersb. med. Wochenschr., 1911, Nr. 27.) Bericht über gute Erfolge mit Salvarsan, das besonders in Fällen mit ulzerierten Schleimhautpapeln angewendet werden soll. Richard Frühwald-Leipzig.

Amerikanische Erfahrungen mit Salvarsan in der Behandlung der Syphilis und anderer Krankheiten, von Milton K. Meyers. (Folia serol., VII, 6.) Referierende Übersicht über in amerikanischen Zeitschriften erschienene Publikationen, soweit sie sich mit Salvarsan beschäftigen. W. Lehmann-Stettin.

Der augenblickliche Stand der Syphilisbehandlung mit Salvarsan. Klinische und histologische Studie von 225 Fällen von Syphilis in der Privatpraxis, behandelt mit intravenösen Injektionen, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. (Lancet-Clinic., 24. Juni 1911.) H. spricht sich reichlich begeistert aus über Salvarsan. Nach seinen Erfahrungen ist die intravenöse Behandlung ungefährlich und ohne Schwierigkeiten in ambulanter Praxis durchzuführen. Schädigungen hat er nicht beobachtet. Er hält trotz der Rezidive im einzelnen es heute noch für möglich, daß bleibende Heilungen mit einer oder mehreren Injektionen — je nach Lage des Falles — zu erreichen sind.

W. Lehmann-Stettin.

Kurze Übersicht über die Salvarsanbehandlung der Syphilis, von G. Frank Lydston-Chicago. (New York med. Journ., 21. Okt. 1911.) Als Hauptindikationen der Salvarsanbehandlung gibt L. folgende an: 1. Rasche Beseitigung schwerer lokaler (Genital-) Erscheinungen, indem dadurch die Gefahr der Übertragung auf andere und auch weiterer lokaler Komplikationen destruktiven Charakters verringert wird. 2. Verhütung oder rasche Beseitigung entstellender Hautaffektionen. 3. Maligne Syphilis und hartnäckige destruierende Knochen- und Beinerkrankungen, speziell von Gesicht und Nase. 4. Fälle, wo Quecksilber schlecht vertragen wird oder nicht wirkt. 5. Frühzeitige Nerven-, Gehirn- und Veränderungen anderer innerer Organe, mit Ausnahme von Nierensyphilis; auch bei Spätveränderungen des Nervensystems kann Salvarsan gelegentlich von Vorteil sein. 6. Fälle von syphilitischer Kachexie oder Anämie, welche oft aus einer Kombination von Überbehandlung und Syphilis entstehen. 7. Schwere, rasch destruierende Kehlkopf- und Zungenerkrankungen. 8. Frühzeitige oder ausnahmsweise Spät-, nicht Terminaltabes in der Absicht, heftige Schmerzen oder Sphinkterenerkrankungen zu bessern, und 9. Syphilis der Kinder. L. möchte darauf hinweisen, daß wir vielleicht im Irrtum sind, wenn wir uns bei den ernsteren Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen mit dem Salvarsan allzu, reserviert verhalten, in vielen dieser Fälle ist nichts zu verlieren und alles zu gewinnen, und mit mäßigen oder selbst vollen Dosen können wir gelegentlich viel Gutes stiften. Auch als diagnostisches Mittel, wo Spirochäten nicht nachzuweisen sind und Wassermann negativ ist, kann Salvarsan in Betracht kommen. Bei Arteriosklerose und Nierenaffektion dürfte immerhin die intramuskuläre Einverleibung des Salvarsans zu empfehlen sein, wie überhaupt in allen Fällen, wo rasche Wirkung nicht absolut angezeigt ist. Zur intravenösen Methode benutzte L. die Luensche Spritze, wobei er nur 10 ccm steriler Lösung des Salzes, im Mörser zerrieben und gemischt, anwendet; er ist auch bis zu 5 ccm ohne unbefriedigendes Resultat heruntergegangen. Sobald als die Lösung unter Zufügung von 15%iger Natronlauge (tropfenweise) klar wird, wird sie filtriert und injiziert; die alkalische Lösung ist zudem durchaus nicht reizend. Unabhängig von der Wassermannschen Reaktion hält es L. für angezeigt, die Salvarsaninjektion nach etwa vier Wochen zu wiederholen; die

Digitized by Google

weitere Behandlung muß sich sowohl nach der Wassermannschen Reaktion wie dem klinischen Verlauf richten. Ein besonders eklatantes Beispiel von der Wirksamkeit des Salvarsans bei Cerebrospinalsyphilis führt L. an, um die bezüglichen Angaben der „Autoritäten" (über dessen Gefährlichkeit bei derartigen Fällen) zu widerlegen.

Stern-München.

Erfahrungen mit Salvarsan im New Yorker Hospital für Haut- und Krebsleiden, von Howard Fox u. W. B. Trimple. (Journ. of amer. med. assoc. 1911, S. 1675.) Salvarsan ist ein hervorragendes Symptomatikum. Seine Dauerwirkung kann erst nach Jahren beurteilt werden, und deshalb darf es das Quecksilber nicht verdrängen, sondern soll mit ihm kombiniert werden. Die intravenöse Methode ist die Methode der Wahl. Richard Frühwald-Leipzig.

Unsere Erfahrungen über die Salvarsanbehandlung im Laufe eines Jahres, von K. Dohi und T. Tanaka-Tokio. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 48.) Auch Salvarsan scheint ein Mittel darzustellen, mit dem wir eine definitive Heilung der Syphilis erst dann zu erzielen vermögen, wenn es mehrmals in Intervallen von Wochen, Monate oder vielleicht auch von Jahren appliziert wird, wie unser altbewährtes Quecksilber, wenn auch in etwas einfacherer Weise. Die kombinierte Salvarsan- und Quecksilberkur scheint vorläufig die beste und energischste antiluetische Behandlung darzustellen. Gunsett-Straßburg.

Über die Resultate der Salvarsanbehandlung in der Geburtshilfe, von Cyrille Jeannin. (Presse méd., 1912, Nr. 2.) Aus den Darlegungen des Verfassers ergibt sich folgendes: Das Salvarsan übt, ohne während der Schwangerschaft gefährlicher zu sein als sonst, einen heilsamen Einfluß auf die syphilitischen Symptome Schwangerer aus. Die Schwangerschaft selber wird in keiner Weise ungünstig durch das Mittel beeinflußt oder unterbrochen, noch das Kind geschädigt. Hingegen stand nach den Erfahrungen des Verfassers die Wirksamkeit des Salvarsans bei Neugeborenen (intramuskulär injiziert) derjenigen der Quecksilbertherapie nach. Gunsett-Straßburg.

Die Psychologie des Salvarsans, von A. Vavasour Elder-Khartoum. (Med. Press. a. Circ., 1912, Nr. 3791). Gedanken über die beim Aufkommen des Salvarsans in der politischen Tagespresse, beim Laienpublikum und in der Ärzteschaft aufgetretenen unangenehmen Ereignisse, die ja noch in guter Erinnerung sind.

Fendt-Wiesbaden.

Zur Theorie der Wirkung des Salvarsans und Arsenophenylglyzins, von I. Iversen. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 6.) Die von mancher Seite geäußerte Ansicht, daß die günstige Wirkung des Salvarsans von seinem Arsengehalt abhänge, weist I. als zweifellos unrichtig zurück. Vielmehr ist die Art der chemischen Bindung des Präparates von ausschlaggebender Bedeutung. Zum Beweise dieser Auffassung führt er seine Versuche mit Arsenophenylglyzin bei Rekurrenskranken an; der Gehalt dieses Präparates an Arsen ist fast dem des Salvarsans gleich (28,3% gegen 31,5%), aber die Darreichung desselben in Dosen von 1,0 war geradezu als ein Mißerfolg zu bezeichnen, während schon mit 0,3—0,4 Salvarsan bei solchen Kranken eine vollständige Sterilisation regelmäßig erzielt wird. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Symptomatik der Salvarsanwirkung, von V. Hrdliczka-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 21, Mai 1911.) H. berichtet über einen ungünstig verlaufenen Fall: Ein junger, kräftiger Offizier aus gesunder Familie erkrankt 1903 an Lues, behandelt sich regelmäßig bis 1908, trotzdem seit 1905 keine Erscheinungen der Lues sich zeigten; bekommt am 24. Oktober 1910 0,6 g Salvarsan injiziert, das reaktionslos im Glutäus einheilt. Erkrankt in der zweiten Hälfte Januar 1911 ohne Fieber, in langsam zunehmen-

Digitized by Google

der Weise, ohne nachweisbare neuerliche Noxe an allgemeiner Schwäche, Appetitlosigkeit, leichtem Brechreiz, Sehstörungen, die auf eine wechselnde Behinderung in der Leitung im Sehapparat hinweisen, weitere Störungen von Seite des Vestibularis, sodann an Amnesie und Schlaflosigkeit. Dabei fehlt auch noch zu einer Zeit, wo alle diese Erscheinungen hochgradig ausgebildet sind, vollständig jeglicher Kopfschmerz, jegliche Störung von seiten des Akustikus und sämtlicher übrigen Kopfnerven, vielleicht mit Ausnahme des Hypoglossus. Auch von seiten des Rückenmarkes und der Körper- und Extremitätennerven keine Störungen. Alle inneren Körperorgane frei. Wassermannsche Reaktion negativ. Erst am 28. Februar treten neue Erscheinungen hinzu: Nackensteifigkeit, leichte Parese des rechten Fazialis, erschwertes Sprechen, Sensibilitätsstörungen, Benommenheit, Fieber. Exitus am 8. März. H. glaubt auf Grund einer Reihe Überlegungen, daß es sich nicht um ein Luesrezidiv, sondern um einen Fall von tödlich verlaufender Salvarsanvergiftung handelt, und zwar scheint ihm die Art der Symptome darauf hinzuweisen, daß nicht das Vorhandensein des Arsenik für das Krankheitsbild verantwortlich zu machen ist, sondern die chemische Konstitution des neuen Präparates.

In einer Nachschrift verwahrt sich Ehrlich gegen die von H. erhobenen Vorwürfe wegen der Art der Einführung des Mittels und verweist auf eine Arbeit von Benario, aus der für ihn hervorgeht, daß solche Fälle unter die syphilitischen Rezidive zu rechnen sind und nicht erst sub finem vitae, sondern sofort einer energischen antisyphilitischen Behandlung unterzogen werden müssen. Ferner tadelt Ehrlich, daß in dem Falle keine Autopsie vorgenommen worden ist. W. Lehmann-Stettin.

Das Salvarsan im Organismus, von E. Jeanselme und A. Touraine. (Gaz. des hôp., 1911, Nr. 41.) An der Hand der Literatur untersuchen die Verfasser das Schicksal der Salvarsandepots nach Injektionen, die Ausscheidung des Arsens, die Verteilung des Salvarsans im Körper und die Wirkung desselben auf Spirochäten. Neue Untersuchungen werden nicht mitgeteilt. Gunsett-Straßburg.

Die Erklärung der Salvarsanreaktion, von I. Kallós-Arad. (Orv. Hetilap, 1911, Nr. 42.) Als eine Ursache der Salvarsanreaktion gab Marschalko die zur Injektion benutzte 0,9%ige NaCl-Lösung an, die als konzentrierte Salzlösung nach seiner Ansicht die Hypertoxie der Blutzellen verursacht. Mayers Untersuchungen widersprechen dieser Annahme, insofern er mit 0,9%iger NaCl-Lösung die Hypertoxie der Blutzellen nicht zustandebringen konnte. Verfasser nahm die Untersuchungen nicht so vor wie Mayer, insofern er das Verhältnis der Blutzellen und des Kochsalzes nicht willkürlich genommen, sondern sich das Verhältnis vor Augen gehalten hat, wie es im Organismus vor sich geht. Er mischte nämlich 6000 : 300 das vom Serum nicht ausgewaschene Menschenblut mit NaCl. Auf diese Weise wies er nach, daß mit 0,7—0,9%igen NaCl die Blutzellen hypertoxizieren. Deshalb empfiehlt Verf. die Salvarsaninjektion in einer 0,5%igen Kochsalzlösung vorzunehmen.

Mayer beobachtete einen raschen Niederschlag des in konzentrierterer Kochsalzlösung gelösten Salvarsans, welcher Prozeß sich bei 0,5%iger nur nach langer Zeit einzustellen pflegt. Deshalb hielt er die Anwendung des von Marschalko zuerst empfohlenen 0,5%igen NaCl für berechtigt. Mayer hält es sogar für nicht ausgeschlossen, daß das ausscheidende Salvarsan selbst imstande ist, die Reaktion auszulösen. Verfasser wies mit seinen Untersuchungen nach, daß zwischen der Konzentration des NaCl und dem Niederschlag des Salvarsans ein sehr geringer, während zwischen der Konzentration des Salvarsans und dem Niederschlag keinerlei Zusammenhang besteht. Er sah die einzige Ursache des Salvarsanniederschlages darin, daß sich nicht das ganze Dioxydiamidoarsenobenzoldichlorhydrat zu Natriumsalz bei der mit Natronlauge erfolgender Alkalisierung umgestaltet. Die vollkommene Umgestaltung kann dadurch erreicht werden,

Digitized by Google

daß man etwas mehr NaOH dazugibt, als wie zur scheinbaren Klärung notwendig ist, damit dadurch der scheinbar vollkommene Stoffwechsel zustandekomme, wodurch der Salvarsanniederschlag sich auch in 9% iger NaCl-Lösung nicht mehr einstellen wird. Ferner hält Verfasser zur Behebung der Reaktion nach intravenösen Injektionen außer dem Gebrauche der 5% igen NaCl-Lösung das Seien durch einen harten Filter (von WECHSELMANN empfohlen) für notwendig, und dann auch das wenigstens $^3/_4$—1 Stunde lange Kochen des von uns destillierten zu injizierenden Wassers. Er untersuchte schließlich, welchen Einfluß Salvarsan auf die WASSERMANNreaktionen ausübt, und er fand, daß es die Hämolyse nicht hindert, während er unter den mit Serum vorgenommenen Reaktionen bei sehr wenig Gelegenheiten nur eine geringe Störung der Hämolyse beobachtet hat. Porosz-Budapest.

Salvarsan und Fieber, von STÜMPKE-Hannover-Linden. (Dtsch. med. Wochenschr., 1012, Nr. 4.) Verfasser kommt an der Hand von praktischen Versuchen mit Fieberkurven zu folgenden Schlüssen: Intravenöse Infusionen mit einwandfrei (frisch!) hergerichteter Aqua destillata haben nur äußerst selten nennenswerte Temperatursteigerungen zur Folge. Intravenöse Infusionen von Salvarsan in der gleichen Menge und gleichen Weise destillierten Wassers gelöst, rufen sehr häufig Fieber hervor. Das Fieber muß also mit dem Salvarsan in irgend einen Zusammenhang gebracht werden. In Anbetracht der Tatsache, daß die zweite und spätere Salvarsaninfusionen bei weitem nicht so oft Temperatursteigerungen bedingen wie die ersten, ist das Fieber wahrscheinlich als Endotoxin aufzufassen. Intravenöse Infusionen von reinen sterilisierten Kochsalzlösungen in gleichen Mengen, wie zur Salvarsanlösung nötig, rufen ebenfalls Temperatursteigerung, hervor deshalb verdient zur Herrichtung der Salvarsanlösungen Aqua destillata den Vorzug. Maximilian Franz-Dresden.

Die Toxizität des Salvarsans bei intravenöser Einverleibung nach Versuchen am Hund und Kaninchen, von M. KOCHMANN-Greifswald. (Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 1.) Zum Studium dieser Frage injizierte Verf. eine 2—3,5% ige alkalische Lösung von Salvarsan unter aseptischen Kautelen seinen Versuchstieren, 14 Kaninchen und 5 Hunden, in abgestuften Quantitäten in die freigelegte V. jugularis externa. Bei den Kaninchen konstatierte er eine völlige Unschädlichkeit bei Gaben bis zu 40 mg; größere Gaben von 50—70 mg pro kg Tier wirkten nachteilig auf die Nieren ein, und 100 mg stellte die Dosis letalis dar. Hunde vertragen das Salvarsan gut; 25 mg pro kg Tier riefen Albuminurie und Abnahme des Körpergewichts hervor, und schon auf 50 mg erfolgte Exitus letalis. Immerhin ist die Arsenwirkung des Salvarsans weit geringer als die des Kalium arsenicosum. Verf. prüfte die Verbindung ebenfalls an (10) Kaninchen in der Form der intravenösen Injektion. Bei Berechnung des Arsengehaltes der zwei Präparate ergab sich, daß schon 4,56—5,3 mg Arsen bei Darreichung in der Form von Kalium arsenicosum tödlich wirken, während dies in der Salvarsanverbindung erst bei Gaben von 34 mg erreicht wird. Ein wichtiger Punkt ist allerdings dabei, ob das Salvarsan in saurer oder alkalischer Lösung verabreicht wird.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Salvarsan im Blute bei intravenöser Injektion, von J. ABELIN-Bern. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 2.) Um das Verhalten des Salvarsans im Blute bei der intravenösen Einführung zu studieren, entnahm A. von 8 injizierten Patienten in Zeiträumen von 1 Minute bis zu $2^1/_2$ Stunden nach der Darreichung Blutproben zur Untersuchung. Das Serum von 5—8 ccm Blut wurde mit verdünnter Salzsäure angesäuert und mit ($^1/_2$%) Natriumnitritlösung versetzt und tropfenweise einer Mischung von Resorcinum purissimum (oder α-Naphtol) mit Natronlauge zugefügt. Bei Anwesenheit von Salvarsan entsteht an der Berührungsstelle ein schöner roter Ring. Bei den unter-

Digitized by Google

suchten Patienten fand sich noch nach einer Stunde ein positives Resultat; nach $1^1/_2$ Stunden ein zweifelhaftes und nach $2^1/_2$ Stunden ein negatives, während das schon wenige Minuten nach der Injektion untersuchte Blut in allen Fällen deutlich positiv reagierte.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zum Einfluß des Salvarsans auf das Blut der Luetiker, von Wäwiorowski. (Russki Wratsch, 1911, Nr. 4.) Die an sechs Kranken mit Syphilis vorgenommenen genauen Untersuchungen ergaben folgendes: Sowohl die subkutanen Einspritzungen des Salvarsans wie die intravenösen Eingießungen desselben haben eine sichtbare Wirkung auf das Blut, welche sich am stärksten in Veränderungen des morphologischen Bestandes der weißen Blutkörperchen kund tat. Diese sind verschieden je nach dem Zustand des Blutes im Moment der Einspritzung. In den Fällen, wo das Salvarsan im Zustande der herabgesetzten morphologischen Umwandlung der weißen Blutkörperchen eingespritzt wird, wie es bei Vorhandensein syphilitischer Erscheinungen der Regel ist, erhöht dasselbe die Umwandlung und nähert dadurch die Beziehungen der verschiedenen Formen dieser Körperchen zueinander den normalen. In den Fällen dagegen, wo das Salvarsan zu einer Zeit eingespritzt wird, wenn die weißen Blutkörperchen in normalem Verhältnis vorkommen, vermehrt es den Prozentgehalt der jungen Formen und erniedrigt den Prozentgehalt der vielkernigen Neutrophilen. Die eosinophilen Zellen erleiden meist eine geringe Abnahme. Die Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen erwies sich nach der Einspritzung immer vermindert, zuweilen auf die Hälfte. Eine geringere Wirkung kommt dem Salvarsan auf das Hämoglobin und auf die Zahl der roten Blutkörperchen zu.

Arth. Jordan-Moskau.

Über den Einfluß des Salvarsans auf die Intensität der Antikörperbildung beim Kaninchen, von E. Friedberger und Nilo Masuda. (Ther. Monatsh., Mai 1911.) Es wurde der Einfluß des Salvarsans auf die Intensität der Bildung bakterieller Antikörper studiert, welch letztere in der Form der exakt meßbaren Agglutinine bestimmt wurden. Die Versuche ergaben, daß dem Salvarsan die den Arsenverbindungen eigentümliche Fähigkeit der Steigerung der Antikörperbildung in besonders hohem Grade zukommt.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Salvarsaninjektion als Kontrolle der Wassermannschen Reaktion, von Duhot. (Ann. de la policlin. centr., 1911, Nr. 9.) In vielen Fällen, welche vorher eine negative Wassermannsche Reaktion zeigten, tritt 4 Tage nach der Injektion ein positiver Ausfall derselben auf. D. will diese Eigenschaft der Salvarsaninjektion als diagnostisches Hilfsmittel in zweifelhaften Fällen verwerten.

Gunsett-Straßburg.

Über die Verweildauer des Arsens im tierischen Organismus nach intravenöser Einspritznng von Salvarsan, von Ritter-Kiel. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 4.) Verfasser berichtet über Versuche, welche die Frage beantworten sollen, wie lange das Arsen nach intravenöser Einverleibung von Salvarsan im tierischen Organismus zurückgehalten wird, und ob bei wiederholter Einspritzung eine Kumulation des Arsens eintritt. (Übereinstimmend ist bisher die Tatsache gefunden und bestätigt worden, daß die Ausscheidungen des Arsens nicht mit dem Mechanismus dieses Stoffes in den Organen parallel geht, also keine Rückschlüsse aus negativem Urinbefunde!).

Versuchstiere: Kaninchen. Injiziert wurde 0,01 Salvarsan pro Kilogramm Körpergewicht. Aus den sorgfältig durchgeführten und registrierten Versuchen geht hervor, daß das intravenös injizierte Salvarsan nach 30 Tagen im Körper noch nachzuweisen war in Form von Arsen (nach 40 Tagen nicht mehr), und daß bei mehrmaliger Infusion eine stoffliche Kumulation des Arsens eintritt, und zwar daß besonders die Leber durch

Digitized by Google

wiederholte Einspritzung in den Stand gesetzt wurde, länger als bisher das Arsen in irgend einer Stufe zu binden.

Offen bleibt die Frage, ob die nachgewiesene stoffliche Kumulation von Arsen auch eine funktionelle Kumulation zur Folge hat, die sich in doppeltem Sinne äußern könnte, im günstigen, heilenden oder ungünstigen, in Form einer chronischen Arsenintoxikation.

Maximilian Franz-Dresden.

Über die Elimination des Salvarsans aus dem menschlichen Körper, von Frenkel-Heiden und E. Navassart-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 30.) Auf Grund von 200 Einzelanalysen wird festgestellt, daß die Zeitdauer der Arsenausscheidung nach den verschiedenen Arten der Salvarsanzufuhr bedeutend länger ist, als man nach den bisher vorliegenden Arbeiten (Fischer und Hoppe u. a.) annahm. Die Differenz liegt offenbar in der angewandten Methode (Marsh-Berzeliusscher Apparat). Ein Unterschied in der Ausscheidung mit dem Urin zwischen intramuskulärer und subkutaner Einspritzung wurde nicht beobachtet; in beiden Fällen fand sich eine über Monate lang sich hinziehende Ausscheidung. Bei intravenöser Einspritzung ist die Arsenausscheidung kürzer als bei den anderen. In den ersten 8—10 Tagen fanden sich starke bzw. mäßige wägbare Spiegel, nach dieser Zeit nur wägbare Spiegel bzw. deutliche Spuren von Arsen bis zu der längsten Beobachtungszeit von 24 Tagen.

Die Arsenausscheidung im Darm ist nach den vorliegenden Untersuchungen mindestens so groß wie die mit dem Urin, bei vielen Personen aber eine viel erheblichere. Die größte nachweisbare Arsenmenge im Urin war 5,4 mg, in den Fäzes 10,3 mg pro die.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Ausscheidungs- und Remanenzverhältnisse des Salvarsans in ihren Beziehungen zur Therapie, von Karl Ullmann. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 4.) Nicht nur nach parenchymatöser, sondern auch nach intravenöser Einfuhr verweilt Salvarsan außerordentlich lange im Körper; noch viele Monate nach einer einzigen intravenösen Infusion ließen sich deutliche Spuren von Arsen im Harn nachweisen. Was die Deposition in den verschiedenen Organen anlangt, so zeigten Versuche an Kaninchen, Ratten und Mäusen erhebliche und wägbare Mengen in der Leber, sehr geringe, mitunter auch wägbare, meist aber unwägbare in der Niere. In wechselnder Menge fast immer in geringen Mengen in Milz, Hoden, Knochen und Muskelsubstanz (weit abseits von den Injektionsdepots). In der Haut, die Haare mit inbegriffen, im sorgfältig entbluteten Gehirn ließ sich keine Spur von Arsen nachweisen. Verf. ist geneigt, aus diesen Untersuchungen gewisse Schlüsse auf die Affinität des Salvarsans zu gewissen Organen (Neurotropie!) zu ziehen; aus der unverhältnismäßig langdauernden Remanenz sind vielleicht Schädigungen bei wiederholter oder gehäufter Anwendung zu erwarten — „und darum die Salvarsantherapie, vorläufig wenigstens, auf jene Phasen des Syphilisverlaufes zu beschränken, wo dieses Mittel — gegenüber der Hg-Behandlung — wirklich nötig oder zweckmäßig ist".

W. Lehmann-Stettin.

Über die Ausscheidung des Arseniks durch Harn und Milch nach der Einspritzung von Salvarsan, von S. Devilla-Rom. (Gaz. internaz. di Med. e. Chir., 1911, Nr. 36.) Das im Salvarsan enthaltene Arsen wird zum Teil durch den Harn ausgeschieden; die Ausscheidung beginnt 12—16 Stunden nach der Einspritzung und dauert, je nach der eingespritzten Menge, 5—11 Tage. Das Arsen geht auch in die Milch über.

K. Rühl-Turin.

Über die Ausscheidung des Arsens nach der intramuskulären Injektion des Salvarsans, von Muto und Sauno-Tokio. (Ther. Monatsh., Okt. 1911.) Das im Harn ausgeschiedene Arsen wurde als Ammoniummagnesiumarsenat nach der Methode von Muto quantitativ bestimmt.

Digitized by Google

Es zeigte sich, daß das im Harn ausgeschiedene Arsen am 4.—6. Tage einen maximalen Wert (12—13%) erreicht. In den ersten acht Tagen werden fast $^2/_3$ der einverleibten Menge ausgeschieden. Nach 20 Tagen sind noch Spuren nachweisbar.

Arthur Schucht-Danzig.

Beginn und Dauer der Ausscheidung des Salvarsans durch den Urin nach intravenöser Injektion, von I. Abelin-Bern. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 33.)

Zum Nachweis des Salvarsans im Urin bedient sich Verf. folgender Methode: In einem Reagenzglas werden 5—7 ccm Urin unter der Wasserleitung abgekühlt, mit 3—4 Tropfen verdünnter Salzsäure angesäuert und mit 3 Tropfen einer $^1/_2$%igen Natriumnitritlösung versetzt. Um festzustellen, ob genug Natriumnitritlösung zugesetzt worden ist, bringt man mit einem Glasstabe einen Tropfen der Flüssigkeit auf einen Streifen Jodkaliumstärkepapier. Entsteht auf dem Papier ein dunkler Fleck, welcher nach etwa einer Minute nicht wieder verschwindet, so ist die Diazotierung beendet. Anderenfalls setzt man noch 1—2 Tropfen Natriumnitritlösung der Mischung zu. In einem zweiten Reagenzglas stellt man sich eine Lösung von etwa 0,3 Resorcinum purissimum in 3—5 ccm Wasser her und gibt zu dieser Lösung 2—3 ccm einer 20%igen Na-Karbonatlösung. Zu dieser alkalischen, farblosen Resorzinlösung fügt man tropfenweise die Urinmischung. Die Anwesenheit von Salvarsan kündigt sich durch eine deutliche Rotfärbung an, während anderenfalls nur eine gelbe Farbe hervortritt. Nach diesem Verfahren hat A. in der Jadassohnschen Klinik einige 30 Fälle vor und nach der intravenösen Salvarsaninjektion geprüft. Er fand, daß die Ausscheidung des Medikamentes mit dem Urin zwar nicht bei allen Kranken gleichmäßig verlief, aber meistens unmittelbar nach der Einverleibung einsetzte, so daß schon 5—10 Minuten nachher ein deutlich positives Resultat konstatiert wurde. Die Dauer der Ausscheidung betrug durchschnittlich 5—6 Stunden; nur ausnahmsweise wurde noch acht Stunden nach der Injektion eine positive Reaktion konstatiert.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über das Verhalten des Zuckers im Urin bei Salvarsanbehandlung, von Paul Bendig-Stuttgart. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 50.) B. berichtet über fünf Fälle von syphilitischer Glykosurie, bei denen der Zucker nach Salvarsaninjektionen aus dem Urin verschwand. Außerdem teilt er drei weitere Fälle mit, in denen nach der Injektion Zucker im Urin auftrat, der dann in einigen Tagen wieder verschwand.

Gunsett-Straßburg.

Versuche über die Resorptionsfähigkeit einer Salvarsansalbe unter Berücksichtigung der Vergeudungsmöglichkeit derselben zur Syphilisprophylaxe, von E. Walter-Marburg. (Zentralbl. f. Bakteriol., Bd. 59, H. 4.) W. stellt die Salvarsansalbe in der Weise her, daß 1,0 g Salvarsan mit geradesoviel Tropfen 15%iger Natronlauge versetzt wird, bis eine klare Lösung eintritt; diese wird mit 10 g Euzerin im Mörser bis zu gleichmäßiger Salbenkonsistenz verrieben. Die Tierversuche (an Mäusen, Hunden, Katzen) ergaben, daß das Salvarsan auch in Salbenform durch die unverletzte Haut in einer Menge aufgenommen wird, die groß genug ist, um im Blute der behandelten Tiere kreisende Parasiten zu töten. Bei dieser Anwendungsform sind relativ hohe Dosen des Präparates notwendig; aus diesem Grunde und da die Menge der durch die Haut resorbierten Substanz nicht immer genau bestimmt werden kann, kommt die Salbenmethode für die Allgemeinmethode der Lues nicht in Betracht, allenfalls lokal bei besonders hartnäckigen tertiärsyphilitischen Hautaffektionen zur Unterstützung einer gleichzeitigen Allgemeinbehandlung. Hauptsächlich aber, glaubt W., könnte die Salbenmethode für prophylaktische Zwecke nach infektionsverdächtigen Rehabitationen mit guter Aussicht auf Erfolg empfohlen werden. Ein großer Vorzug der Salvarsansalbe besteht darin, daß sie, in Zinntuben gefüllt und sorgfältig verschlossen, längere Zeit

Digitized by Google

haltbar ist — nach W. Erfahrungen ist sie zwei Monate lang unverändert in Beschaffenheit und Wirksamkeit geblieben, irgend eine unangenehme Reizwirkung der Salbe auf die menschliche Haut kam nicht zur Beobachtung. Stern-München.

Über die verschiedenen Methoden der Salvarsananwendung auf der III. med. Abteilung des Krankenhauses l. d. I. (München) und die damit erzielten Erfolge, von Ernst Schmid. (Inaug.-Dissert. München, 1912.) Ergebnis: 1. Salvarsan ist ein hervorragendes Antisyphiliticum gegen alle Stadien der Lues; 2. es ist der Quecksilber- und Jodkur überlegen: a) durch den raschen Eintritt der Wirkung und die kurze Behandlungsdauer; b) durch das verhältnismäßig seltene Auftreten von schweren Nebenerscheinungen; c) besonders dadurch, daß es in vielen Fällen wirkt, in denen die anderen Behandlungsmethoden versagen; und d) dadurch, daß die Heilungsdauer relativ lang anhält. Als die sicherste und beste Applikationsmethode des Salvarsans darf wohl weitaus die intravenöse Infusion angesprochen werden, denn sie ist so gut wie frei von üblen Nebenwirkungen und Gefahren, erfordert aber doch eine mehrtägige Überwachung, am besten in einem Krankenhause. Ihr gegenüber dürfte sich für ambulante Behandlung die subkutane Injektion der Jodipinsuspension, besonders in der Dr. Pitznerschen Modifikation, als vorteilhafter erweisen. Man ist auch an dem im Titel genannten Krankenhaus immer mehr dazu gekommen, die schon von verschiedenen Seiten empfohlene kombinierte Behandlung durchzuführen, und verwendet als Hg-Präparat z. Z. fast ausschließlich das Anogon. Es scheint insbesondere durch die Verbindung mehrfacher Salvarsaninfusionen mit Quecksilberbehandlung die Möglichkeit einer erfolgreichen dauernden Bekämpfung der Lues gegeben zu sein. Fritz Loeb-München.

Über die Wahl der Methode in der Salvarsanbehandlung der Syphilis, von Rob. Duhot. (Ann. de la policlin. centr., 1911, Nr. 1.) Empfehlung der intramuskulären Injektion des Salvarsans in saurer Lösung und der intravenösen in der üblichen alkalischen Lösung. Gunsett-Straßburg.

Ein Vergleich der mit intravenöser Einverleibung saurer und alkalischer Salvarsanlösungen erzielten Resultate (im vorläufigen Bericht) von Georgs M. MacKee-New York. (New York med. Journ., 21. Oktober 1911.) Verfasser unterzog diese Frage einer gründlichen Untersuchung, und zwar sowohl in bakteriologischen (in vitro) und Tier-, wie Versuchen am Menschen, von welch letzteren er elf Fälle genauer beschreibt. Die Hauptschlüsse, zu welchem er gelangt, sind folgende: Konzentrierte saure Salvarsanlösung führt meist mit Sicherheit ein tödliches Ende herbei. Schwache (0,1% ige) saure Lösungen können ohne Gefahr bei Individien, welche keine Kontraindikationen gegen Salvarsan bieten, gegeben werden. Mit Ausnahme des Ausbleibens einer lokalen Reaktion, wenn etwas von der Flüssigkeit in das subkutane Gewebe gelangt, ist es zweifelhaft, ob irgend ein Vorteil in der Anwendung der sauren Lösung liegt. Stern-München.

Methode der stark verdünnten sauren intravenösen Salvarsaninjektion in der Behandlung der Syphilis. Therapeutische Überlegenheit der sauren Methode, von Rob. Duhot. (Ann. de la policlin. centr., 1911, Nr. 5.) Auf der nach seiner Ansicht unzweifelhaften Überlegenheit der sauren intramuskulären Salvarsaninjektionen fußend (besonders was ihre Dauerresultate anbelangt), versuchte D. die saure Lösung auch intravenös anzuwenden. Er fand, daß eine Dosis von 0,4 Salvarsan in 300 ccm 0,5% iger Kochsalzlösung aufgelöst, vollkommen gut vertragen wird. Bei einigen Kranken wird kurze Zeit nach der Injektion das Gesicht leicht kongestionniert und dieselben haben etwas Atemnot. Nach einigen Minuten ist aber alles vorbei und der weitere Verlauf entspricht vollkommen demjenigen nach der alkalischen Injektion. Nur scheint das Fieber bei jener seltener zu sein als bei dieser. Bei 0,5 g sind die Symptome etwas

Digitized by Google

stärker, hören aber auf etwas Äther oder eine Kampferspritze sofort auf. Diarrhöe und Fieber sind etwas häufiger als bei 0,4, eine Ohnmacht wurde aber nie beobachtet, während doch solche nach der alkalischen Injektion vorkommen. Die Dosis von 0,6 scheint nur von ganz kräftigen Individuen vertragen zu werden und bildet die äußerste Grenze, bis zu welcher man gehen kann. Die Injektionen dürfen nur unter geringem Druck und außerordentlicher Langsamkeit gemacht werden. Gunsett-Straßburg.

Physiologische und klinische Bemerkungen über die sauren intravenösen Salvarsaninjektionen auf 800 Injektionen beruhend, von Duhot. (Ann. de la policlin. centr., 1911, Nr. 9.) Der Verfasser hebt auch in diesem Artikel die vollständige Unschädlichkeit der sauren Salvarsaninjektion hervor. „Meine klinische Erfahrung ist augenblicklich genügend, um erklären zu können, daß die intravenösen sauren Salvarsaninjektionen mindestens alle 8 Tage und in einer Serie von mindestens 5 gemacht werden müssen, ehe man sie für Anstellung der Wassermannschen Reaktion unterbricht. Ist letztere positiv, so muß man sie ohne Zögern wieder aufnehmen und womöglich erst aufhören, wenn eine negative Reaktion festgestellt wird."

Gunsett-Straßburg.

Zur Frage der sauren oder alkalischen venösen Salvarsaninfusionen, von Spiethoff. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 32.) Der von Duhot vertretenen Ansicht, von der größeren Wirksamkeit der sauren Salvarsaninjektionen gegenüber der alkalischen Lösung, pflichtet S. durchaus bei. Er hat anfangs ausschließlich saure Lösungen zu seiner großen Zufriedenheit verwendet; des Vergleiches halber hat er dann eine Reihe von Fällen mit alkalisierten Injektionen behandelt, fand aber, daß die dabei erzielten Resultate ganz erheblich hinter den früheren zurückblieben, weswegen er nunmehr wieder zu der sauren Reaktion zurückgekehrt ist. Die Lösung stellt er in der Weise her, daß er je 0,1 Salvarsan in 40 ccm physiologischer Kochsalzlösung zergehen läßt und tropfenweise Normalnatronlauge so lange zusetzt, bis der Beginn der Opaleszenz eintritt. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die intravenösen sauren und löslichen und die intravenösen neutralen, unlöslichen Salvarsaninjektionen, von Charles Fleig. (Ann. de la policlin. centr., 1911, Nr. 7 und 8.) Die saure Salvarsanlösung ist leichter herzustellen als die alkalische und ebensogut wie letztere zur intravenösen Injektion zu benutzen, außerdem äußerst wirksam. Sie kann ohne oder mit einem vorherigen Lösungsmittel (Glykol oder Glyzerin) hergestellt werden, muß aber genügend verdünnt sein (0,5 bis 0,6 Salvarsan auf 250—300 ccm Kochsalzlösung). Setzt man der sauren Lösung Glykose zu, so läßt sie sich konservieren und man kann so den Niederschlag verhindern, der sich in den ohne vorheriges Lösungsmittel bereiteten Lösungen bei Gegenwart von Kochsalz bildet. So kann man die 9‰ Kochsalzlösung durch eine isotonische (47‰) oder paraisotonische (40‰) Glykoselösung ersetzen. Die Toxizität der so bereiteten Salvarsanlösung ändert sich innerhalb eines Monats nicht.

Nach der Ansicht des Verfassers fällt nach der Injektion, sei es einer sauren oder einer alkalischen Lösung ins Blut, sofort das Dioxydiaminoarsenobenzol aus oder es bilden sich durch Einwirkung des Phenols im Salvarsan auf die Eiweißsubstanzen des Blutes Präzipitate, welche physikalisch dieser Substanz vollständig gleichen. Es ist deshalb vollkommen gleich, ob man die saure oder die alkalische Lösung verwendet. Jedenfalls ist die Azidität der sauren Lösung zu gering, um eine Fällung des Bluteiweißes durch HCl herbeizuführen. Auch kann man experimentell enorme Quantitäten einer neutralen Emulsion von unlöslichem Diaminoarsenobenzol in Kochsalz- oder Glykoselösung suspendiert intravenös injizieren. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Zur Technik und Dosierung der Salvarsaninjektionen bei der Behandlung von Neugeborenen, von F. Engelmann. (Zentralbl. f. Gynäk., 1912, Nr. 3.) Die intravenöse Injektion in die Kubitalvene gelingt auch bei kleinsten Neugeborenen, wenn man sie richtig ausführt. Der Arm wird durch einen dünnen Gummischlauch abgeschnürt, die Kubitalvene freigelegt und eine starke Pravazspritzenkanüle, die durch einen dünnen Gummischlauch mit der 20 ccm fassenden Luerschen Spritze in Verbindung steht, eingestochen. Die Kanüle wird von der einen Person fest in ihrer Lage gehalten, während die zweite durch drehende Bewegungen langsam die Flüssigkeit in den Schlauch preßt. Bei schwerer Infektion (Pemphigus u. a) empfiehlt es sich, eine verhältnismäßig große Dosis (nicht unter 0,04 g) zu verabreichen; in anderen Fällen genügen vielleicht kleinere Dosen. Die größeren Dosen von 0,04—0,1 g werden von ausgetragenen Kindern gut vertragen, wie mehrere Fälle, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden, beweisen. Es empfiehlt sich, die Salvarsaninjektionen zu wiederholen und durch Quecksilber zu unterstützen. A. Gunsett-Straßburg.

Ein Apparat für die intravenöse Injektion von Salvarsan, von A. J. Evans-Liverpool. (Brit. med. Journ., 29. Juli 1911.) Um Wärmeverlust der Lösung während der Injektion zu verhindern, hat Verf. ein ampullenförmiges, 500 ccm fassendes Glasgefäß mit doppelter Wandung herstellen lassen. Der ziemlich reichlich bemessene Hohlraum zwischen den Wandungen ist luftleer gemacht, und auf diese Weise wird es erreicht, daß die eingefüllte warme Lösung im Laufe einer halben Stunde nicht mehr als 1,7° C an Wärme verliert. Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Ein Fall von Keratitis und Rosazea, von Burton Chance-Philadelphia. (New York. med. Journ., 3. Februar 1912.) Verfasser beobachtete im Anschluß an eine hartnäckige Form von Rosazea eine — nur selten erwähnte und vorkommende — Augenkomplikation derselben, nämlich Hornhautentzündung an beiden Augen von ganz besonders starker Ausdehnung. Zinksulfatlösungen, Holokaininjektionen und als Allgemeinbehandlung Reiskost brachten allmähliche Besserung und schließlich (nach etwa 2 1/2 Monaten) Heilung des Augenleidens, während die Haut, die beinahe alljährlich bei Eintritt der wärmeren Jahreszeit befallen wurde, unter häufiger Anwendung der Röntgenstrahlen eine gesundere Beschaffenheit annahm. Stern-München.

Verschiedenes.

Für Sektion XIII (Dermatologie und Syphilis) des **XVII. internationalen medizinischen Kongresses,** London, 6.—12. August 1913 sind folgende Themata aufgestellt worden: 1. Gut- und bösartige Epitheliome (Referenten: J. A. Fordyce, J. Jadassohn); 2. Gefahren der Syphilis für die Allgemeinheit und die Frage der Staatskontrolle (E. Finger, E. Lesser); 3. Alopecia areata (R. Sabouraud, P. G. Unna); 4. Syphilisbehandlung durch Salvarsan und andere Arsenikalien (P. Ehrlich, A. Neisser); 5. Vakzinetherapie bei Dermatosen (T. C. Gilchrist, A. Whitfield).

Dr. L. Magnus Möller, Professor der Dermatologie am Karolinska Mediko Kirurgiska Institutet zu Stockholm, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

4. Mai 1912 | Nr. 18 | Band 54

Aus der dermatologischen und venereologischen Klinik der Kgl. Universität Turin. (Vorstand: Prof. S. Giovannini.)

Die Hochfrequenz- und Hochspannungsströme bei der Behandlung einiger Hautkrankheiten[1]).

Von

Dr. Artur Fontana, Oberassistent.

(Mit 5 Abbildungen.)

Seit dem Februar 1908 haben wir in dieser Klinik angefangen, Hautkrankheiten mit Hochfrequenz- und Hochspannungsströmen nach Arsonval-Tesla zu behandeln und dazu einen von der Firma „Sanitas" in Berlin gelieferten doppeltpoligen Apparat mit Luftisolation angewendet.

Wir haben fast immer einpolige lokale Applikationen nach den am meisten empfohlenen Methoden angewendet, und zwar:

1. Effluvien: bei pruriginösen Hautkrankheiten (Pruritus ani, Pruritus vulvae, Ekzem, Lichen usw.).

2. Pinselelektrode: bei Acne vulgaris und Rosacea.

3. Kondensatorelektrode: bei Alopecia areata, Lupus erythematodes, usw.

4. Funkenbehandlung: bei Warzen, Condylomata acuminata, Molluscum contagiosum, Lupus vulgaris, Lupus erythematodes, usw.

5. Funkenbehandlung nach Strebel: bei Lupus vulgaris, Molluscum contagiosum, Naevi, Angiomen, usw.

Wir haben die Mac Intyresche Elektrode benutzt, weil sie eine sehr schwache revulsive Wirkung besitzt und besonders bei Neuralgien angezeigt ist. Wir hatten nie Gelegenheit die Methode von Zimmern und Louste, d. h. Schröpfen, vereinigt mit Arsonvalisation, oder die Methode von Lenglet und Sourdeau, d. h. Arsonvalisation und Iontophorese anzuwenden.

Wir haben immer dafür gesorgt, möglichst mit Strömen von derselben Intensität zu arbeiten, da die Leistungsfähigkeit des Apparates infolge der Feuchtigkeit der umgebenden Luft und der Abnutzung der

[1]) Ins Deutsche übertragen von Dr. med. K. Rühl, Turin.

Digitized by Google

Leydener Flaschen und der Stromunterbrecher eine sehr wechselnde ist. Zu diesem Zweck haben wir ein äußerst einfaches Spinterometer, zur Messung der Funkenlänge bei jeder Sitzung, ersonnen und angewendet. Dasselbe besteht im wesentlichen aus zwei in einem Glasrohr enthaltenen Elektroden aus Aluminium, von denen die obere mit der Erde in Verbindung gesetzt wird, um immer die gleichen Messungsverhältnisse beizubehalten, während die untere, die einem graduierten Stabe entlang gleiten kann, mit einem der Sekundärsolenoiden des Apparates verbunden wird. Man kann somit vor jeder Sitzung die Funkenlänge so einstellen wie man sie wünscht, dadurch daß man die beiden Elektroden des Spinterometers in eine Entfernung von 1—2 oder mehr m voneinander bringt und dann eine der Sekundärsolenoiden dem Primärsolenoid des Apparates nähert oder von diesem entfernt, so lange bis der Funke überspringt.

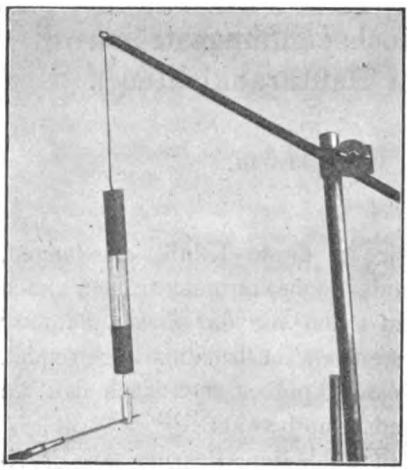


Fig. 1.

Wir haben bis Ende Juli 1911 im ganzen 112 Patienten behandelt; die Zahl der Behandlungen beträgt 146, wobei 2500 Applikationen gemacht wurden.

Bei 16 dieser Behandlungen handelte es sich um Fälle von Furunkulose, Alopecia seborrhoica, Leukokeratosis, Fibromen, Sykosis usw., doch ist die Zahl der behandelten Fälle dieser Art zu gering, um aus meinen Resultaten irgend eine Schlußfolgerung ziehen zu können.

Ich will hingegen über die übrigen 130 bei 98 Patienten ausgeführten Behandlungen berichten. Ich habe in folgender Zusammenstellung die verschiedenen Arten von Hautkrankheiten, die ich behandelte, die Zahl der Kranken und der Behandlungen zusammengestellt, und sie nach der Klassifizierung von Zimmern und Louste, welche sich auf die physiologische und therapeutische Wirkung stützt, eingeteilt:

		Kranke	Behandlungen
Beruhigende Wirkung	Pruritus analis et vulvaris	13	18
	Lichen planus	6	6
	Ekzem	5	5
	Lichen Vidal	2	3
		26	32

Digitized by Google

		Kranke	Behandlungen
	Übertrag	26	32
Revulsive Wirkung	Alopecia areata	14	24
	Psoriasis	2	2
Dekongestierende Wirkung	Acne vulgaris	7	10
	Rosacea	7	9
Destruktive Wirkung	Verrucae	13	14
	Condylomata acuminata	3	3
	Molluscum contagiosum	6	6
	Angiome	3	3
	Pigmentnävi	2	2
	Lupus vulgaris	4	4
Reparierende Wirkung	Atonische Geschwüre, Esthiomène	2	2
	Lupus erythematodes	9	19
		98	130

Beruhigende Wirkung.

Oudin war es, der zuerst die Wirkung der Effluvien gegen den Juckreiz hervorhob, und behauptete, daß gewisse umschriebene Formen von Pruritus sine materia nach wenigen Applikationen verschwinden und daß ebenso die Ekzematisierungen und Lichenisierungen, soweit solche vorhanden sind, in kurzer Zeit beseitigt werden. Dieser Verfasser erzielte ferner, ebenso wie später Strauß, Gastou, Chabry und Rieder, günstige Resultate in Fällen von Lichen, Ekzemen und Neurodermitiden.

Während die französischen Verfasser das neue therapeutische Verfahren einstimmig lobten, sprach in Deutschland Pielicke demselben die heilende Wirkung größtenteils ab, und behauptete, er habe nie dauernde Resultate, sondern stets nur eine Besserung bei Beginnen der Behandlung erzielt, und regelmäßig das Eintreten von Rezidiven beobachtet. Lebon schrieb zwar dem Hochfrequenzstrom eine therapeutische Wirkung zu, behauptete aber, es trete erst nach langdauernder mühsamer Behandlung ein Erfolg zutage. In Italien erhielt Prunai (Florenz) wenig befriedigende Resultate.

In letzter Zeit haben sich aber Nagelschmidt, Stern, Kahane, Lacqueur, Freund, Darier, u. a. m. nach reichlichen Versuchen dahin geäußert, daß die genannte Behandlungsmethode tatsächlich eine ausgezeignete Wirkung gegen den Juckreiz überhaupt und den größten Teil der mit Juckreiz verlaufenden Hautkrankheiten besitzt.

Wir haben wirklich günstige Resultate bei Pruritus ani und vulvae erzielt, und zwar bei veralteten, seit Jahren hartnäckig einer jeden sonstigen Behandlung trotzenden Formen und bei Patienten, welche jede

Digitized by Google

Hoffnung auf Heilung aufgegeben hatten und einer schweren Gemütsdepression anheimgefallen waren. In allen Fällen, in denen wir die Behandlung regelmäßig durchführen konnten, ist es uns gelungen, nach einer mehr oder minder großen Anzahl von Applikationen, den Juckreiz zu unterdrücken und die Heilung der sekundären Hautläsionen herbeizuführen.

Nur in folgendem Fall treten nach einer anscheinenden Heilung Rezidive ein; diese wurden aber immer seltener und leichter zu bekämpfen.

G. P., 43 jährig, Barbier. Stellte sich im Juni 1908 vor und klagte über Pruritus analis, perinealis und scrotalis, welchem auch eine sekundäre Ekzematisierung dieser Gegenden entsprach. Das Leiden war vor drei Jahren aufgetreten und lange Zeit in den verschiedensten Weisen erfolglos behandelt worden. Pat. war verzweifelt und dachte an Selbstmord. Die Behandlung wurde am 3. Juni eingeleitet und bestand aus drei 10—15 Minuten dauernden Sitzungen mit Effluvien in der Woche. Am 15. Juli war Pat. fast geheilt, indem alle Beschwerden aufgehört hatten und die kutanen Symptome verschwunden waren. Ende September trat ein Rezidiv ein; am 2. November wurde die Behandlung wieder aufgenommen und bis Juli 1909 fortgesetzt; Pat. bekam während dieser Zeit im ganzen 43 Applikationen, und es trat wieder eine anscheinende Heilung ein. Im nächsten Jahre trat ein neues Rezidiv ein und Patient bekam wieder 30 Applikationen, durch welche eine vollständige und dieses Mal dauernde Heilung erzielt wurde.

In fünf Fällen von Lichen ruber planus erzielten wir zwar eine Linderung des Juckreizes, aber nicht das Verschwinden der Papeln. In einem weiteren Fall von Lichen (48 jährige Frau) führten hingegen 14 Applikationen zur vollständigen bis heute fortdauernden Heilung.

Was das Ekzem anbelangt, so beobachteten wir: in einem akuten Fall eine Verschlimmerung (ähnlich wie in dem von Lebon beobachteten Fall); in einem Fall von subakutem Ekzem des Hodensacks und der Schenkelleistenbeugen eine vollständige Heilung nach 18 Sitzungen; in drei chronischen Fällen eine so geringe Besserung, daß die Patienten nach einiger Zeit entmutigt waren und sich veranlaßt fühlten, auf eine Fortsetzung der Behandlung zu verzichten.

In einem Fall von Lichen Widal, welcher auf dem Thorax eines vierjährigen Knabens lokalisiert war, erzielten wir durch langdauernde (20—25 Minuten) Sitzungen, bei welchen wir die Effluvien, die Kondensatorelektrode und den Funkenstrom einwirken ließen, eine ziemliche Besserung. In einem weiteren am Halse lokalisierten Falle derselben Krankheit erhielten wir hingegen sehr spärliche Resultate, während später durch Röntgenbestrahlung völlige Heilung herbeigeführt wurde.

Digitized by Google

Revulsive Wirkung.

Die wiederholte Einwirkung der Kondensationsfunken stellt ein schmerzloses, lokales Revulsionsmittel von langdauernden Effekten dar, welches auch deshalb sehr wertvoll ist, weil die Applikationen ohne Schaden für die Haut häufig wiederholt werden können. Die Reizung der behaarten Kopfhaut wurde von zahlreichen Dermatologen zur Behandlung der Kahlheit im allgemeinen und der Alopecia areata im besonderen benutzt. Oudin war der erste, der über die günstige Wirkung des Hochfrequenzstromes in solchen Fällen berichtete. Es handelte sich in seinem ersten Fall um eine schwere Alopecia, welche im Laufe von 5 Monaten fast gänzlich heilte. Diese günstigen Resultate wurden 1908 von Oudin, Strauß, Gastou, Chabry und Rieder bestätigt. Pielicke zweifelte die Behauptungen dieser Autoren an, aber Bordier, Prunai und besonders Wassilides berichteten über zahlreiche rasche und unzweifelhafte Heilungen. Bordier konnte sogar nachweisen, daß bei einem und demselben Patienten die behandelten Alopecieflecken heilten, d. h. sich wieder behaarten, während die unbehandelten unverändert blieben.

Wir können auf Grund unserer vierjährigen Erfahrung die Wirksamkeit des D'Arsonval-Tesla-Stromes bei der Alopecia areata nur bestätigen. Bei allen unseren Patienten haben wir, wenn nicht eine vollständige Heilung, doch sehr ausgesprochene Besserungen erzielt, welche um so auffallender sind, als es sich in der großen Mehrzahl der Fälle um eine totale maligne Alopecie der behaarten Kopfhaut handelte.

Ich will einige Fälle beschreiben:

Fall 1. B. C., 47 Jahre alt, Kellner. Stellte sich im Januar 1909 vor; war damals fast völlig bartlos und kahlköpfig und durch seine Kahlheit gezwungen, eine Perücke zu tragen. Nach ungefähr einjähriger Behandlung, wobei er mehr als 100 Applikationen bekommen hatte, waren die Haare vollständig wieder gewachsen. Um das Eintreten von Rezidiven hintanzuhalten, wurde die Behandlung mit derselben Intensität bis Juni 1911 fortgesetzt. Mit Ausnahme einiger kleiner neu aufgetretener Flecken, war der Erfolg bis heute ein dauernder.

Sehr beweiskräftig ist der

Fall 2. D. V., 50 Jahre alt, Müller. Leidet seit 13 Jahren an maligner, über den ganzen Körper ausgebreiteter Alopekia. Keine Behandlung war imstande gewesen, eine Besserung herbeizuführen. Nach ungefähr 20 Behandlungen mit dem Hochfrequenzstrom (einmal in der Woche; Kondensatorelektrode; Funkenlänge 2—3 cm; Dauer 10—15 Minuten), beobachtete ich den Wiederwuchs von reichlich einem Drittel der Haare. Bemerkenswert ist dabei die Tatsache, daß an keiner der unbehandelten Stellen ein Wiederwachsen der Haare erfolgte, was darauf hinweist, daß

Digitized by Google

der Erfolg nicht etwa auf sonstige Einflüsse, wie beispielsweise eine Besserung des Allgemeinzustandes, sondern ausschließlich auf die elektrische Behandlung zurückzuführen ist.

Fall 3. F. M., 12 Jahre alt. Totale Kahlheit des Kopfes infolge von Alopecia areata. Eine Reihe von 20 Applikationen mit der Kondensatorelektrode (vom 9. Mai 1909 bis zum Juli desselben Jahres) blieb erfolglos. Die Behandlung wurde eingestellt und am 1. November wieder aufgenommen. Bis zum 18. Februar 1910 bekam Patientin 46 Applikationen, welche eine bedeutende Besserung herbeiführten. Wie aus Fig. 2 ersichtlich ist, in welcher eine einige Monate später aufgenommene Photographie abgebildet ist, erfolgte der Wiederwuchs der Haare nur auf der rechten Hälfte des Kopfes, welche mit dem Hochfrequenzstrom behandelt wurde, während die linke, mit dem faradischen Strom behandelte Hälfte, unverändert blieb.

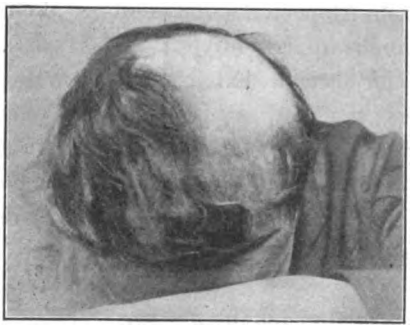


Fig. 2.

Fig. 3.

Da Patientin sich von Turin entfernen mußte, wurde die Behandlung unterbrochen; sie wurde am 5. Dezember 1910 wieder aufgenommen und bis zum 3. Februar 1911 fortgesetzt, und führte zum fast totalen Wiederwuchs der Haare auf der linken Hälfte des Kopfes, wie aus Fig. 3 ersichtlich ist.

Leider mußte Patientin wieder Turin verlassen; nach ungefähr drei Monaten trat ein Rezidiv ein und es stellte sich wieder derselbe Zustand ein, wie vor zwei Jahren. Neben diesen Erfolgen muß ich aber auch über einen Mißerfolg berichten:

C. V., 10 Jahre alt; über reichlich zwei Drittel des Kopfes ausgedehnte Alopecia areata. 29 Applikationen, welche in zwei Perioden, d. h. vom 1. Juni bis zum 13. Juli 1910 und vom 1. Januar bis zum 6. April 1911 vorgenommen wurden, führten keine Besserung herbei. Es trat hingegen eine ausgesprochene Besserung ein, als die Hochfrequenzstrombehandlung

Digitized by Google

durch die Behandlung mit den ultravioletten Strahlen vermittels einer Kromayerschen Lampe ersetzt wurde.

Oudin hat bei seinen Versuchen, mit der Pinselelektrode eine möglichst intensive revulsive Wirkung zu erzeugen, bei Psoriasis vulgaris langsame, je nach dem Alter und dem Sitz der Läsionen verschiedengradige Besserungen erzielt: die älteren Plaques heilten anscheinend im Laufe von 2—3 Monaten. Er setzte seine Versuche zusammen mit Barthélemy fort und erzielte angeblich wahre und echte Heilungen.

Strauß beobachtete hingegen nur heftige Reaktionen, aber keine Besserung; Pielicke und Baudet erzielten wenig günstige Resultate, und Bolleau sah nach kurzer Zeit Rezidive eintreten. Gastou, Chabry, Rieder und Prunai erhielten günstige Resultate, indem sie die alleinige lokale Behandlung mit Recht verließen und die Methode der Autokonduktion anwendeten.

Wir haben bei zwei Psoriasis vulgaris-Kranken mit der reinen lokalen Behandlung, obwohl diese intensiv war und lange Zeit fortgeführt wurde, keinen Erfolg erzielt.

Dekongestierende Wirkung.

Auf Grund der Effekte der lokalen Applikationen des Hochfrequenzstromes konnte diesem eine bedeutende dekongestierende Wirkung zugeschrieben werden, neben welcher, je nach der angewendeten Ausführungsmethode, die übrigen physiologischen Eigenschaften dieses Stromes zutage treten.

So konnten Oudin, Strauß, Gastou, Chabry und Rieder über gute Resultate bei Acne vulgaris und bei Rosacea berichten; während Pielicke zwar bei Beginn der Behandlung ziemlich merkbare Besserungen beobachtete, aber nach kurzer Zeit trotz der Behandlung den früheren Zustand sich wieder einstellen sah.

Oudin wendete zuerst nur die Effluvien und später die Kondensatorelektrode an und erhielt somit nur unvollständige Resultate; aber Strebel und Mac Kee empfahlen auch die Funkenbehandlung der einzelnen Pusteln zwecks Abortivbehandlung, und Morton, Kahane und Bonnefoy konnten auf diesem Wege eine reelle Wirksamkeit der Hochfrequenzströme bei Acne vulgaris und Rosacea konstatieren. Diese Beobachtungen wurden bestätigt von Oudin, welcher vor kurzem, also 15 Jahre nach seiner ersten Mitteilung über diesen Gegenstand, die Hochfrequenzstrombehandlung wieder bei den verschiedenen Formen von Akne des Gesichtes empfahl. Wassilides berichtete über ausgezeichnete Resultate, welche er mit der kombinierten Behandlung: Röntgenbestrahlung und Hochfrequenzstrom erzielte.

Digitized by Google

Wir haben 14 Fälle von Acne vulgaris oder Rosacea mit dem Hochfrequenzstrom behandelt und zwar fast stets eine Besserung, nie aber eine Heilung erzielt. Es sind dies leider Formen von Hautkrankheiten, welche oft einer jeden Therapie hartnäckig trotzen, und es mag wohl kein Erstaunen erregen, daß wir nach Einstellung der Behandlung stets das Leiden wieder auftreten sahen.

Bemerkenswert unter den anderen ist besonders folgender Fall.

C. G., 23 Jahre alt, Maschinenschlosser; leidet an schwerer Acne polymorpha der Backen, des Rückens und des Thorax: die Haut war in diesen Gegenden mit unzähligen großen Pusteln und Knoten derartig dicht besetzt, daß nur selten Zonen von gesunder Haut zu beobachten waren; es bestanden außerdem zahlreiche entstellende Narben als Ausgang früherer Läsionen. Alle therapeutischen Eingriffe waren gänzlich erfolglos geblieben, weshalb ich mich sofort zu einer intensiven Behandlung entschied. Patient wurde 1910 im ganzen 66 Sitzungen unterzogen, und zwar wurde er zuerst tagtäglich, später in größeren Zwischenräumen behandelt. Es wurde eine diffuse Behandlung mit der Kondensatorelektrode (3—4 cm Funkenlänge) vorgenommen, und die Pusteln wurden der Funkenbehandlung (5—6 cm Funkenlänge) unterzogen. Es trat eine sehr starke Reaktion ein, und wir konnten die Resorption zahlreicher Knoten und Pusteln ohne Narbenbildung beobachten. Es traten jedoch stets neue Eruptionen auf.

1911 wurde Patient noch 27 Sitzungen unterzogen, sein Zustand besserte sich aber sehr wenig, so daß Patient noch weiter behandelt werden muß.

Auch folgender Fall verdient erwähnt zu werden.

V. R., 53jährige Frau, mit Acne rosacea im Gesicht, bekam vom 19. März bis zum 14. Juli 1908 40 Applikationen mit der Kondensatorelektrode (1—2 cm Funkenlänge), durch welche eine vollständige, ungefähr 3 Monate dauernde Heilung erzielt wurde. Sie stellte sich am 17. Februar 1910 mit einem mächtigen Rezidiv wieder vor, und auch dieses Mal erzielten wir mit 20 Sitzungen eine völlige Heilung. Leider mußte sich aber Patientin nach 7 Monaten mit neuen Effloreszenzen zum drittenmal vorstellen. Aus besonderen, von unserem Willen unabhängigen Umständen konnte die Behandlung nicht durchgeführt werden.

(Schluß folgt.)

Digitized by Google

Armauer Hansen †.

Von

H. P. Lie, Bergen.

Durch das am 12. Februar erfolgte Hinscheiden des Oberarztes Dr. Gerhard Henrik Armauer Hansen hat Norwegen einen berühmten Sohn und die medizinische Wissenschaft einen vorzüglichen Vertreter verloren.

Er wurde am 29. Juli 1841 geboren und seine Entwicklung fiel in eine Periode, welche an neuen Gedanken und Entdeckungen auf dem Gebiete der Medizin reich war. Virchow hatte in der pathologischen Anatomie neue Bahnen gebrochen, und Pasteurs Ideen gelangten während Hansens Studienzeit auf der Universität Christiania zu immer allgemeinerer Anerkennung. Schon als Student erregte er durch sein starkes Interesse für wissenschaftliche Forschung sowie durch ausgeprägte wissenschaftliche Anlagen die Aufmerksamkeit seiner Lehrer und Studiengenossen. Er vertrat auch eine Zeitlang die Stelle eines Prosektors der Anatomie an der Universität. Seine erste wissenschaftliche Arbeit war eine Abhandlung über die normale und pathologische Anatomie der Lymphdrüsen, welche ihm eine Preismedaille der Universität einbrachte. Nachdem er 1866 sein medizinisches Examen vollendet hatte, trat er bald auf das Gebiet seiner eigentlichen Tätigkeit über, indem er seit dem 1. Januar 1868 als Arzt an der Pflegeanstalt für Aussätzige (Pleiestiftelsen for spedalske Nr. 1) und Assistent D. C. Danielssens am Lungegaardshospital in Bergen angestellt wurde. Wie bekannt, hatten Danielssen und Boeck durch ihr berühmtes Werk (1847) die moderne Lepraforschung begründet und ein scharf umrissenes klinisches Bild der Lepra nebst gründlichen pathologisch-anatomischen Untersuchungen geliefert. Die Ansichten über die Ätiologie des Aussatzes wichen aber weit voneinander ab und waren zum Teil sehr unklar. Danielssen und Boeck hatten vermöge ihrer großen Autorität der Auffassung des Leidens als einer erblichen Dyskrasie eine sehr allgemeine Verbreitung und Anerkennung verschafft. Der junge Armauer Hansen widmete sich nun neuerlich auf das eifrigste dem Studium der pathologischen Anatomie des Aussatzes und gelangte zu der Ansicht, daß die Lepra eine spezifische Krankheit sein müsse. Als solche könnte sie ebensowenig wie die Syphilis in wissenschaftlichem Sinne erblich genannt werden. Eher wäre anzunehmen, daß sie bestimmte Ursachen habe und ansteckend sei. Der Ausgangspunkt dieser Ansichten ist zunächst in seiner Auffassung der „braunen Körperchen" — der Virchowschen Leprazellen und der Neisserschen Globi — zu suchen. Seine Untersuchungen finden sich im „Nordisk Medicinsk Arkiv" am Ende der 60er Jahre. 1870 bis 1871 unternahm Hansen eine längere Studienreise ins Ausland und arbeitete besonders in Bonn und Wien. Schon früher war er ein Anhänger der Ideen Darwins; in Wien aber legte er sich mit gewohnter Energie auf das Studium dieser Anschauungen, und vor allem machte Haeckels natürliche Schöpfungsgeschichte auf ihn einen so tiefen Eindruck, daß sie für immer sein ganzes wissenschaftliches Denken und seine persönliche Lebensauffassung prägte.

Hierauf unternahm es Hansen, in den verschiedenen Distrikten seines Heimatlandes den Aussatz zu studieren, um Anhaltspunkte für dessen Ansteckungsfähigkeit zu gewinnen. Er fand dabei, daß die Lepra mehr zu gewissen Lokalitäten in Beziehung

Digitized by Google

stehe als zu gewissen Familien, und daß die Krankheit an Orten, wo sie verhältnismäßig neu war, in einer Weise auftrat, die mit Bestimmtheit auf einen Import mit nachfolgender Verbreitung durch Ansteckung hindeutete. Er wies ferner nach, daß der Aussatz von den Nachkommen Lepröser, wenn sie nach den Städten übersiedelt oder nach Amerika ausgewandert waren, nicht geerbt würde. Endlich verwies er auf ein paar Aussätzige, die mehrere Jahre vor dem Ausbruche der Krankheit in der Pflegeanstalt Nr. 1 zu Bergen bedienstet gewesen waren und in deren Familie Lepra nicht nachweisbar war; er nahm deshalb an, daß sie im Krankenhause angesteckt worden seien. Alle diese Verhältnisse stimmten auch gut zu dem, was Drognat-Landré über die Lepra in Surinam gefunden und in seinem Buche „La contagion seule cause de la lèpre" (Paris 1869) mitgeteilt hatte. Hansen veröffentlichte seine Resultate in „Norsk Magazin for Lägevidenskaben" 1874 unter dem Titel: „Undersögelser angaaende Spedalskhedens Aarsager." Leider ist diese geniale Arbeit wenig bekannt, da sie nur in norwegischer Sprache vorliegt. Sie kann noch heute mit Nutzen studiert werden, weil sie in Anlage wie Beweisführung durch große Genauigkeit und Objektivität ausgezeichnet ist; außerdem aber zeigt sich in ihr die divinatorische Kraft, die dem genialen schöpferischen Forscher, welcher der Zukunft den Weg zeigen soll, nie fehlen darf. Sie zeugt ferner von einem außerordentlich scharfen Blick für das Wesentliche des Gegenstandes, wobei Nebensachen untergeordnet bleiben.

Es ergibt sich von selbst, daß diese Auffassungen Hansens und die damalige Richtung der Medizin ihn sehr bald veranlaßten, bei der Lepra nach Bazillen zu suchen, und es kann das Jahr 1873 als der Zeitpunkt festgestellt werden, wo er zum ersten Male mit den damals noch recht primitiven Hilfsmitteln den Leprabazillus auffand. Die Tinktion machte aber noch besondere Schwierigkeiten; zwar gelang es, die Bazillen durch Osmiumsäure gewissermaßen zu färben, doch erst Ende der 70er Jahre ist die Färbung nach der jetzt üblichen Methode, und zwar nach Beratung mit Robert Koch, gelungen. Die späterhin in allen Ländern mit Eifer fortgesetzten Untersuchungen haben die ätiologischen Fragen freilich nicht vollkommen gelöst, da bekanntlich noch Kultivierung und Übertragung auf experimentellem Wege fehlen.

Für die Bekämpfung des Aussatzes im Heimatslande gewannen die Ideen Armauer Hansens die größte Bedeutung. Schon 1875 wurde er als „Oberarzt für die Lepra" an die Spitze des Kampfes gegen die Krankheit gestellt. Diese Stelle bekleidete er bis an seinen Tod. Sie war mit zahlreichen Inspektionsreisen verbunden, und auf einer derselben ist der Tod über ihn gekommen, schnell und still, wie er es sich immer gewünscht hatte.

Als sehr bedeutende Erfolge seiner Tätigkeit erschienen das Gesetz von 1877 über die Isolation armer Aussätziger, deren Umziehen von Hof zu Hof aus Gründen des Lebensunterhaltes nunmehr untersagt wurde, ferner die Bestimmung über die Desinfektion nach Aussätzigen. Im Jahre 1885 folgte dann das noch jetzt gültige Gesetz über die Isolierung der Leprakranken. Das letztere wurde in Norwegen von ärztlicher Seite zum Teil sehr heftig bekämpft. Die humane Durchführung aber hat nicht nur den Widerstand zum Schweigen gebracht, sondern dem Gesetze allgemeine Anerkennung seines Segens verschafft. Die Aussätzigen in Norwegen zählen jetzt etwas über 300, während man im Jahre 1856 noch 2833 Lepröse kannte.

Die Prinzipien des Gesetzes sind nun auch in anderen Ländern, die den Kampf gegen die Lepra aufgenommen haben, anerkannt, und die beiden internationalen Leprakonferenzen (Berlin 1897 und Bergen 1909) haben sich ihnen vollständig und unbedingt angeschlossen.

Das Lebenswerk Armauer Hansens war die Bekämpfung des Aussatzes; er hat

Digitized by Google

aber auch für das wissenschaftliche Leben seines Heimatlandes und seiner Geburtsstadt Bergen, wo er stets wohnte eine große Bedeutung gehabt. So war er seit dem Tode Danielssens Vorsitzender der Direktion des Museums zu Bergen und hat als solcher zoologische Arbeiten geliefert. Er war auch einer der Gründer der Zeitschrift „Medicinsk Revue" in Bergen. In der Tagespresse war er ein eifriger Verteidiger des Rechtes und der Bedeutung der Wissenschaft im allgemeinen, besonders der Naturwissenschaft Seine Worte waren immer von Gewicht. Seine Arbeiten und Aufsätze sind zahlreich und finden sich in den Fachschriften verschiedener Länder zerstreut, die meisten jedoch in der norwegischen Literatur.

Es ist ganz unnötig, den Lesern dieser Zeitschrift gegenüber hervorzuheben, daß Armauer Hansen in der ganzen Welt Anerkennung gefunden hat. An seinem 60. Geburtstag wurde im Museumsgarten zu Bergen seine Büste enthüllt, die von Freunden und Verehrern aus allen Ländern gestiftet worden war. Er war Mitglied zahlreicher medizinischer und sonstiger wissenschaftlicher Gesellschaften und Träger hoher Orden. Der Kreis seiner Bekannten und Freunde war groß; denn man konnte nicht umhin, diesen großen Gelehrten mit dem offenen, ehrlichen Charakter, diese gerade und schöne Persönlichkeit, diesen ausgezeichneten, guten und liebenswürdigen Menschen zu bewundern und zu lieben.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 112, Heft 2, März 1912.

1. Kasuistische und histologische Beiträge zur Kenntnis der Tuberkulose der Mundhöhle, von M. Miyahara-Bern. Bericht über drei interessante Fälle von Schleimhauttuberkulose, welche zeigen, daß neben den typischen und wohlbekannten auch diagnostisch schwierige Bilder vorkommen, daß die Lymphgefäßbeteiligung auch bei der Schleimhauttuberkulose eine Rolle spielt, daß entsprechend der großen Zahl von Formen der Tuberkulose auf der Haut zahllose Varianten auf der Schleimhaut bestehen, welche der Einordnung in ein Schema widerstreben; vor allem aber, daß diagnostisch die Tuberkulose der Mundhöhle ein außerordentlich wichtiges, wenn auch sehr schwieriges Gebiet darstellt. Gerade in atypischen Fällen scheint der Bazillennachweis oft zu versagen. Das wichtigste Mittel für die Diagnose bleibt noch immer die Exzision und histologische Untersuchung.

2. Über das Sarcoma multiplex haemorrhagicum (Kaposi), von Carl Sternberg-Brünn. Verf. hat Gelegenheit gehabt, einen Fall des Kaposischen multiplen, hämorrhagischen Hautsarkoms zu obduzieren und histologisch zu untersuchen. Es handelt sich um einen 63jähr. Mann, bei dem sich außer den Hautgeschwülsten auch Metastasen in den inneren Organen, besonders im Darme fanden. Nach seinen Befunden handelt es sich histologisch um eine Kombination von Lymph- und Hämangiektasien mit einer Wucherung glatter Muskelfasern. Bei dieser histologischen Zusammensetzung wären die Geschwülste mithin nicht als Sarkome, bzw. Sarkoide zu bezeichnen, sondern in die Gruppe der Fehlbildungen, E. Albrechts Hamartome, einzureihen.

3. Die tierexperimentelle Syphilisforschung und ihre Bedeutung für die Erkennung und Behandlung der Syphilis, von Paul Mulzer-Straßburg. Die lesenswerte Monographie, die 45 Druckseiten umfaßt, gibt einen kritischen Überblick über die seit der Entdeckung der Spirochäte erschienenen Arbeiten, die die Syphilisforschung vor-

Digitized by Google

wärts gebracht haben. Als einen der wesentlichsten Fortschritte betrachtet Verf. den Nachweis der Möglichkeit einer systematischen Erzeugung einer in derselben Form und Reihenfolge wie beim Menschen auftretenden Allgemeinsyphilis bei Kaninchen. Er beschäftigt sich eingehend mit den von Uhlenhuth und ihm selbst veröffentlichten Arbeiten auf diesem Gebiet. Dadurch sind erst experimentelle therapeutische Versuche möglich geworden, die zu dem für die Praxis wertvollsten Ergebnis, nämlich zu der Erkenntnis geführt haben, daß gewisse organische Arsenpräparate eine spezifische Heilwirkung der Syphilis gegenüber besitzen. Etwas kurz kommt in dieser Bearbeitung die Wassermannsche Reaktion weg, deren Bedeutung anerkannt wird.

4. Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica (Beitrag zur Angioneurosenfrage), von R. Matzenauer und R. Polland-Graz. Die Verf. haben Gelegenheit gehabt, den Fall eines jungen Mädchens, der seinerzeit Kreibich den Ausgangspunkt für seine Theorie der angioneurotischen Entzündung gab, mehrere Jahre lang nachzubeobachten, und dabei haben sich eine Reihe neuer Gesichtspunkte ergeben, die im Zusammenhang mit einigen ähnlichen Fällen, die weiterhin zur Beobachtung gelangt sind, den Verfassern die Überzeugung gegeben haben, daß es sich hierbei um eine neue Dermatose ganz bestimmter Ätiologie handelt. Diese Dermatose charakterisiert sich durch eigenartige, spontane, meist an symmetrischen Stellen auftretende Entzündungserscheinungen in chronischen Nachschüben, die teils als Erythem und urtikarielles Ödem, meist jedoch in Form einer nässenden Dermatitis, seltener unter dem Bilde der spontanen Hautnekrose in Erscheinung treten. Gleichzeitig finden sich meist vasomotorische Störungen der Kreislauforgane und des Herzens, nicht selten auch psychische Störungen.

Diese Veränderungen fanden sich immer nur bei dysmenorrhoischen Frauen und beruhen auf einer Allgemeinerkrankung, höchstwahrscheinlich bedingt durch toxische Stoffwechselprodukte infolge Funktionsausfall des Follikelapparates der Keimdrüsen.

5. Drei Fälle entzündlicher Nabelschnurveränderungen von wahrscheinlich nicht syphilitischem Ursprung, von Torsten Rietz-Lund. Bei der 10 Wochen zu früh erfolgten Geburt eines Kindes zeigten Plazenta und Nabelschnur ein verdächtiges Aussehen, das Veranlassung zur genauen Untersuchung und Beobachtung von Eltern und Kind und zur histologischen Untersuchung der betreffenden Organe gab. Nach den Untersuchungen des Verf. ist wohl mit Sicherheit anzunehmen, daß keine Syphilis vorlag, doch stimmten die histologischen Veränderungen mit den sonst bei Syphilis gefundenen im wesentlichen überein. Im Anschluß wird über zwei weitere Fälle von Nabelschnurentzündung berichtet, die ähnlich lagen, bei denen die Ätiologie ebenfalls unbekannt war, wenn auch die Syphilis nicht so bestimmt wie im ersten Fall ausgeschlossen werden konnte.

6. Über generalisierte multiple Epitheliome der Haut, von St. Weidenfeld-Wien. Verf. beschreibt bei einer 38jährigen Frau eine Erkrankung, bei der es zur Bildung multipler Epitheliome an verschiedenen Körperstellen kam, deren Natur durch klinische und mikroskopische Untersuchung festgestellt wurde, und neben denen eine sehr starke Hyperkeratosis der Planta pedis und eine geringere der Palma manus nebst eingesprengten, verrukösen, sehr derben spitzen Effloreszenzen ins Auge sprang. Die betreffende Frau hatte schon seit ihren Mädchenjahren lange Zeit Arsenik genommen wegen großer Blutarmut und Magerkeit; danach traten Schwielen an den Händen auf und nach Jahren zuerst einzelne sehr flache, später aber immer zahlreichere, am ganzen Stamm und an den Extremitäten sich verbreitende Epitheliome von verschiedener Größe und Form, wobei im Laufe der Zeit die ersten Tumoren sich bis zu Nußgröße vergrößerten. Nach seinen Ausführungen scheint der Verf. einen Arsenizismus anzunehmen,

Digitized by Google

hebt aber die weitgehenden Analogien hervor, die zwischen diesem Fall bestehen und den Fällen von Xeroderma pigmentosum, dann solchen nach Röntgenbestrahlungen.

7. Gibt es einen bestimmten Unterschied zwischen dem Prostatasekret bei einem normalen Falle und bei einer Prostatitis? von E. Bjoerling-Malmö. Verf. hat eine Reihe erneuter Untersuchungen über das von ihm schon wiederholt bearbeitete Gebiet vorgenommen:

1. Bei Färbung von Eiter mit Methylenblau ohne Fixierung findet man konstant, daß etliche der Leukozyten eine schnelle Kernfärbung zeigen, wobei der Kern vor dem Protoplasma gefärbt wird. Ich nenne solche Leukozyten kernchromophil, die diese Reaktion zeigen.

2. Im normalen Prostatasekret finden sich niemals kernchromophile Leukozyten.

3. Im Prostatasekret bei Prostatitis finden sich oft kernchromophile Leukozyten; doch gibt es Fälle von Prostatitis, wo sich nur nichtkernchromophile Leukozyten im Sekret finden.

4. Bei Fixierung und Färbung mit Leishmans Eosin-Methylenblaulösung bekommen die Leukozyten des normalen Prostatasekrets das Aussehen einfarbiger Klümpchen, in denen entweder keine Kerne gesehen werden, oder in denen die Kernkonturen nur schwach hervortreten.

5. Die Leukozyten des Prostatasekrets bei Prostatitis bekommen bei derselben Färbung eine deutliche Differenzierung zwischen Kern und Protoplasma, in welch letzterem oft Granula hervortreten.

6. Die Ursache der Verschiedenheit der Leukozyten im normalen und pathologischen Prostatasekret kann durch die verschiedene Wirkung der verschiedenen Medien erklärt werden, in denen die Leukozyten in den resp. Fällen liegen: in den normalen Fällen in einem Drüsensekret, in den pathologischen Fällen in einer serösen Exsudatflüssigkeit.

8. Koexistenz von papulo-nekrotischen Tuberkuliden und Lupus erythematosus, von Robert Bernhardt-Warschau. Es handelt sich um einen bejahrten Mann mit Lungenemphysem und augenscheinlich erloschenen Veränderungen in der rechten Lungenspitze, der außerdem an chronischer, hauptsächlich interstitieller Nierenentzündung litt. Der Fall war einmal interessant durch die Koexistenz von papulo-nekrotischen Tuberkuliden, deren Natur durch die histologische Untersuchung bestätigt wurde, und Lupus erythematosus; ferner weil die Tuberkulide eine seltene Varietät darstellten, und drittens als Beispiel einer ausgezeichneten Heilwirkung des Tuberkulins.

9. Über die experimentellen Alopecien durch Abrin, von Karl Vignolo-Lutati-Turin. Verfasser hat die Bettmannschen Kaninchenexperimente mit Abrin, der wirksamen Substanz der Samen von Abrus precatorius, wiederholt. Schon Ehrlich hatte bemerkt, daß Abrin zirkumskripten Haarausfall hervorruft. Bettmann hatte versucht, durch Ingestion kleiner sukzessiver Dosen des Giftes eine größere Ausdehnung der Alopecie zu erreichen und hatte schon festgestellt, daß der Haarausfall immer nur dorsal, ohne Symmetrie zu beiden Seiten der Wirbelsäule auftritt, und daß andererseits sehr bald eine Angewöhnung an das Gift erreicht werden kann. Verfasser hat außer der Methode der Ingestion auch die subkutane Injektion verwendet und hat auch mit letzterer Alopecie hervorrufen können, wenn auch nicht mit derselben Leichtigkeit und Konstanz.

Ferner hat Verfasser versucht, zu erforschen, ob das Abrin auch einige besondere Wirkungen auf die Trichogenese der Jungen ausüben könnte, wenn die Kaninchen während der Schwangerschaft durch Abrin beeinflußt worden waren. Diese Experimente haben keine konstanten Resultate ergeben.

Digitized by Google

10. Beitrag zur Kenntnis der bei Quecksilberbehandlung vorkommenden Zylindrurie, von W. Reiss-Krakau. Verfasser hat die systematischen Untersuchungen Welanders und Fischels wieder aufgenommen unter exakter Berücksichtigung der Behandlungsmethode, der Dauer der Behandlung, des Alters der behandelten Kranken und des Stadiums ihrer Krankheit. Von vornherein wurden durch genaue fortlaufende Untersuchungen Fälle ausgeschlossen, in denen der Harn der untersuchten Kranken bereits vor Beginn der Behandlung irgend welche pathologischen Bestandteile enthielt. Die Zahl der im Laufe der Jahre untersuchten Fälle beläuft sich auf ungefähr 300, von denen nach Ausschluß aller nicht einwandfreien Beobachtungen 220 Fälle als Substrat der Arbeit verblieben. Es hat sich dabei herausgestellt, daß selbst ungemein kleine Quantitäten des durch die Nieren eliminierten Quecksilbers genügen, jenen Reizzustand hervorzurufen, der sich durch das Vorhandensein der Zylinder im Harne bemerkbar macht. Als charakteristisch wird hervorgehoben, daß nie im Harn Eiweiß notiert wurde, wenn das Sediment keine Zylinder aufwies, daß aber andererseits im vollständig eiweißfreien Harne sich große Mengen Zylinder finden können. Während meist eine gewisse Menge Quecksilber die Nieren passiert haben mußte, bevor Zylinder im Harne nachweisbar waren (bei Schmierkuren nicht vor der achten Inunktion), blieb die Zylindrurie, besonders nach einer etwas mehr forcierten Behandlung, auch noch einige Zeit nach der letzten Phase der Eliminierung des Medikamentes bestehen.

Zur Eliminierung von Zylindern kam es im allgemeinen viel leichter und früher bei schon mehrfach behandelten Kranken; auch Fälle mit Symptomen einer sehr schweren Infektion zeigten häufiger als andere Zylindrurie, auch wenn sie sehr vorsichtig und mittels kleiner Gaben behandelt wurden. Nach interner Hg-Behandlung war die Zylindrurie ein äußerst seltenes Vorkommnis. Bei Schmierkuren war sie häufiger als bei Injektionen, und bei letzteren wesentlich häufiger, wenn unlösliche, als wenn lösliche Salze injiziert wurden.

11. Über eine besondere Form der neutrophilen Leukozyten im blennorrhoischen Eiter, von J. Neuberger und Julius Cnopf-Nürnberg. Die Verfasser glauben eine ganz besondere Formation der neutrophilen Leukozyten im blennorrhoischen Eiter aufgefunden zu haben, die nicht nur vom morphologischen Standpunkte aus, sondern auch aus diagnostischen Gründen des Interesses nicht entbehren dürfte. Das Wesentliche dieser neutrophilen Leukozyten ist eine besonders stark ausgesprochene Polynuklearität des Kernes mit oft rosettenförmiger oder radspeichenartiger Gruppierung. Diese „Rosettenleukozyten" enthalten selbst niemals Gonokokken, finden sich aber nur im akuten resp. subakuten Stadium der Blennorrhöe und zwar vorzugsweise nach der Injektion von Silberpräparaten.

12. Die Anwendung der Payrschen Operation bei Gesichtslupus, von Joh. Fabry-Dortmund. Aus seinen Erfahrungen an 5 Fällen kommt F. zu folgendem Ergebnis: 1. Die Payrsche Unterminierung lupöser Lappen ist eine Methode, welche Anwendung finden kann in vielen Fällen, bei denen die Exzision und Tranplantation nach Thiersch aus verschiedenen Gründen auf Schwierigkeiten stößt. Die Methode wird der operativen Richtung in der Therapie des Lupus neues Terrain gewinnen, und das ist deshalb zu begrüßen, da die operative Behandlung wegen der Schnelligkeit und Sicherheit des Erfolges auch heute ihre Berechtigung hat. 2. Die Methode läßt sich unter bestimmten Modifikationen auch bei Lupus des Gesichts anwenden, und gerade hier finden sich vielleicht mehr für die Operation geeignete Fälle, weil die Totalexstirpation nicht immer kosmetisch zufriedenstellende Resultate ergibt; umgekehrt aber dürfte an den Extremitäten einfache Exzision oder Exzision mit nachfolgender Implantation vielfach schneller zum Ziele führen. 3. Auch für manche hartnäckigen Rezidive bei Gesichtslupus dürfte

Digitized by Google

die Methode der Unterminierung neue gute Perspektiven eröffnen. 4. Es ist selbstredend, daß nach der neuen Methode operierte Fälle ebenfalls in der Nachbehandlung genau auf eventuell auftretende Rezidive zu beobachten sind; ebenso wird man natürlich neuansetzende Knötchen sofort mit den bekannten älteren Methoden in Angriff nehmen.

13. Über angeborene Sekretstauung in den Talg- und Schweißdrüsen. (Miliaria sebacea Jaquet et Hidrocystomatosis congenitalis), von H. Hinselmann-Gießen. Bei einem neugeborenen, ausgetragenen Kinde fand sich eine Affektion der Talgdrüsen, die gedeutet wurde als Primärstauung des Talgdrüsensekretes in den Haarbälgen, zu der später mit dem Eindringen der Kokken entzündliche, akneartige Erscheinungen hinzutraten. Wenn auch histologische Untersuchungen nicht vorgenommen werden konnten, so glaubt Verf. doch, daß die seltene Intensität der physiologischen Steigerung der Talgdrüsenfunktion seinen Grund in einem besonders stark entwickelten Talgdrüsenapparat hatte. Daneben fanden sich kleine Zysten der Fußsohlenhaut, die er als Schweißdrüsenzysten deutet.

14. Zur Unterscheidung der Urticaria pigmentosa von der Urticaria xanthelasmoidea, von Moritz Biach-Wien. Der Verf. weist darauf hin, daß es sich empfiehlt, sich des Epithetons „xanthelasmoidea" bei der Urticaria pigmentosa zu bedienen, da mit dem einen Worte dem Symptomkomplex gut entsprochen wird: scharf abgegrenzte, bräunlich verfärbte, id est Pigment führende, über das Hautniveau erhabene, palpatorisch, also dem aus Mastzellen gebildeten Tumor entsprechend, nachweisbare Effloreszenzen. Er beschreibt einen einschlägigen Fall; im Vergleich und im Gegensatz dazu berichtet er einen anderen Fall von Urtikaria mit Pigmentvermehrung, für den die Bezeichnung „pigmentosa" vorbehalten werden sollte.

15. Zur Klinik und Ätiologie der Impetigo contagiosa, von K. Dohi und Sh. Dohi-Tokio. Die Verf. berichten eingehend über eine in Japan oft epidemisch, meist aber sporadisch vorkommende ansteckende Kinderkrankheit, deren Hauptmerkmale folgende sind: isolierte Bläschen oder Blasen mit klarem Inhalt und hellrotem Boden, weißliche Blasendecken, seltener schmutzigbraune, aber stets dünne Krusten, weißliche Fetzen, zuweilen serpiginöses Fortschreiten, Bevorzugung der bloßgetragenen Körperstellen, fieberloser Verlauf, Fehlen von subjektiven Symptomen, Autoinfektiosität und Kontagiosität und Vorkommen in der wärmeren Jahreszeit.

Als Erreger dieser Krankheit haben sich mit Bestimmtheit Kokken nachweisen lassen, die morphologisch und kulturell in jeder Beziehung mit dem Staphylococcus pyogenes albus übereinstimmten.

Die Verf. trennen diese Formen der Impetigo contagiosa albostaphylogenes strikte von den gewöhnlichen Formen der Impetigo contagiosa staphylogenes; diese letztere ist klinisch durch die Bildung wachsgelber dicker Krusten charakterisiert, und in dem Inhalt der meist schnell in Eiterpusteln übergehender Effloreszenzen lassen sich stets gelbe Staphylokokken nachweisen.

Nur durch die exakte Unterscheidung dieser beiden klinischen Formen ist es möglich, die Ätiologie der Impetigo contagiosa festzustellen. Übrigens sind nach den Untersuchungen der Verf. auch in der europäischen Literatur Fälle der erstgenannten Form beschrieben worden, nur daß sie nicht so strikt abgetrennt und in ihrer anderen Ätiologie erkannt wurden. W. Lehmann-Stettin.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Bd. 11, Heft 12, Dezember 1911.

1. Über die Wirkung des Asurols, eines neuen löslichen Quecksilberpräparates, von T. Ijiri-Fukuoka. Erfahrungen bei 22 Kranken, die den Verf. von den Vorteilen

Digitized by Google

des Asurols gegenüber den unlöslichen Hg-Verbindungen überzeugt haben. Die Resorption des Mittels und demzufolge seine Wirkung sind rasch, ebenso seine Ausscheidung, daher fehlt dem Asurol die Nachhaltigkeit der Wirkung.

2. Tierversuche mit Lepragewebe, von H. Nakano-Tokio.

3. Klinische Erfahrungen über Tetrodotoxin (Tahara), von S. Inouye und T. Kinoshita-Tokio. W. Lehmann-Stettin.

Annales des Maladies vénériennes.

Bd. 7, Nr. 2, Febr. 1912.

1. Antisyphilitische Therapie und Wassermannsche Reaktion, von H. Gougerot und F. M. Parent. Der aus der vorigen Nummer fortgesetzte Artikel referiert alle Arbeiten, die über die Frage der Umstimmung der Wassermannschen Reaktion durch die Salvarsanbehandlung erschienen sind.

2. Die chronischen blennorrhoischen Prostatitiden. Ihre Behandlung speziell mit Röntgenstrahlen, von Tansard und Fleig. Die Verf. betonen, daß bei chronischer Prostatitis die Klagen des Patienten meist weniger die Harnwege betreffen als Störungen der Sexualsphäre; besonders sind es schmerzhafte Sensationen, die dem Patienten oft den Namen eines Neurasthenikers eintragen, zumal die Schmerzen oft in die Nieren, in die Weichen, auch in die Oberschenkel verlegt werden und andererseits oft über Fremdkörpergefühl im Rektum geklagt wird. Vorzeitige Ejakulationen, unvollständige Erektionen, die manchmal sehr häufig und oft schmerzhaft sind, Blutbeimengungen zum Samen und andere Symptome sind oft die Zeichen einer Prostatitis.

Die genauen Angaben der Verf. über ihre Technik der Untersuchung und ihre Methoden der Lokalbehandlung bringen nichts Neues. Sie sind entschiedene Anhänger der elektrischen Behandlung mittels Faradisation nach Apostoli und mittels Hochfrequenzstrom nach Oudin und Doumer. Noch mehr aber bevorzugen sie die Röntgenbehandlung, die sie in Analogie zu den guten Resultaten bei Prostatahypertrophie auch bei den chronischen Prostatitiden verwendet haben. Sie sind der Überzeugung, daß schon wenige Sitzungen die Affektion zu einem schnellen Ende führen können, und die (dabei durchaus nicht vernachlässigte) lokale Therapie unterstützen und beschleunigen. Sie glauben in 22 so behandelten Fällen die Behandlungszeit um etwa $^1/_3$ der gewöhnlichen Dauer gekürzt zu haben.

3. Untersuchungen der Spinalflüssigkeit bei Syphilitikern, die mit Salvarsan behandelt wurden, von Lévy-Bing, L. Duroeux und M. Dogny. Die Verf. geben 20 Krankengeschichten wieder, in denen die Spinalflüssigkeit sowohl mittels der Wassermannschen Reaktion wie auf Lymphozytose untersucht worden ist. Ganz auffällig ist die fast regelmäßige Zunahme der letzteren nach der Behandlung mit Salvarsan. Die Verf. schließen hieraus, daß das Salvarsan eine eigentümliche Affinität zu den Meningen besitzt und eine meningeale Reaktion hervorzurufen imstande ist, die sicher in vielen Fällen zu syphilitischen Erkrankungen der Hirnhäute erst führen wird. Sie warnen davor, mit Salvarsan allein Syphilis zu behandeln, sie verwenden und betrachten es nur als ein Hilfsmittel von allerdings ausgezeichneter energischer symptomatischer Wirkung, während die Behandlung im allgemeinen wie bisher mit Quecksilber durchzuführen ist.

4. Syphilitische Reinfektion eines alten Syphilitikers nach der Behandlung mit Salvarsan, von Melun-Bukarest. Krankengeschichte eines 41jähr. Mannes, der 4 Wochen nach der Salvarsaninjektion mit einer schankerähnlichen Veränderung am Gliede sich wieder vorstellte. (Die Diagnose des Verf. läßt manche Zweifel offen.)

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Revue pratique des Maladies des Organes génito-urinaires.

Januar 1912.

Die Entwicklung der Behandlung der Blasentumoren, von A. Grandjean. Die interessante Arbeit gibt einen Rückblick über die verschiedenen im Laufe der Zeit angegebenen, teils wieder verworfenen Behandlungsmethoden. Dabei werden die wichtigsten endovesikalen Instrumente besprochen. Der Verfasser kommt zu dem Schlusse, daß die endovesikalen Prozeduren den großen operativen Eingriffen vorzuziehen seien. Denn diese wären doch nur palliativer Natur und gäben quoad vitam ungünstige Resultate. Bei jenen seien die Rezidive kaum häufiger, dafür könnte der Eingriff stets wiederholt werden. In ausgezeichneter Weise würden diese Methoden durch Anwendung von Hochfrequenzströmen ergänzt.

Gedanken über die Prostata, von Victor C. Pedersen. In früherer Zeit wurde die hypertrophische Prostata lediglich wegen der Hypertrophie, ohne Rücksicht auf die Veränderungen der oberen Harnwege, operiert. Heute nimmt der Chirurg auf diese Rücksicht. Verfasser zeigt dies an mehreren Krankengeschichten und kommt zu dem Schlusse, daß bei intakter Blasenschleimhaut die Chancen einer Operation wegen Obstruktionsbeschwerden am günstigsten sind. Wartet man, bis jene affiziert ist, so ist eine Restitutio ad integrum nicht immer möglich; außerdem ist eine ungünstige Beeinflussung der Nieren zu fürchten. Bei geringen Obstruktionsbeschwerden und intakter Blasenschleimhaut soll man nicht operieren. Ist die Schleimhaut irreparabel verändert und der Durchgang halbwegs gut, soll man sich mit Spülungen begnügen.

Wirkung und Bedeutung der „elektrolytischen Reinigung" bei der Behandlung chronischer Urethritiden, von Ernest Roucayrol. Da die Dilatationsbehandlung in manchen Fällen chronischer Urethritiden versagt, hat R. eine neue Methode der elektrolytischen Behandlung angegeben. Er führt eine gewundene Sonde in die Urethra ein und läßt dann durch 5 Minuten einen Strom von 7—20 Milliampere durch, wobei er durch Bewegung der Sonde eine Massage der Urethralschleimhaut ausübt. Darauf folgt eine Spülung. Nach dieser Prozedur steigern sich die entzündlichen Erscheinungen etwas, bald folgt aber eine Besserung der Beschwerden und Aufhören des Ausflusses. Zweckmäßig wird diese Behandlung mit Dilatation kombiniert.

Ein neues Instrument zum Messen von Sonden, von Cathelin-Paris. C. hat eine neue Meßplatte für Instrumente, die nicht rund sind, angegeben. Sie hat das Aussehen eines Zahnrades, so daß man das zu messende Instrument von außen anlegen kann. Man nimmt das Mittel der zwei größten Durchmesser.

Mitteilung über Allosan, von Max Arenstein-Berlin. Verf. hat gute Resultate mit Allosan gehabt und empfieht es aufs wärmste. Es verursacht keinerlei Nebenerscheinungen. Richard Frühwald-Leipzig.

Revue clinique d'Urologie.

Januar 1912.

Spontanblutungen bei Prostatikern, von B. Motz. Zur Aufklärung der strittigen Frage, ob bei Prostatikern reine Blutungen der Prostata infolge Kongestion dieses Organs vorkommen, hat der Verfasser eine große Menge von Vorsteherdrüsen teils makroskopisch teils mikroskopisch untersucht. Er hat nur zwei Fälle gefunden, bei denen intraprostatische Blutungen vorhanden waren; doch waren diese nicht durch bloße Kongestion, sondern durch eine wahrscheinlich entzündliche Neubildung von Gefäßen verursacht. Einmal war es zur Hämaturie gekommen. Motz hat ferner zwei Fälle gesehen, die klinisch als primäre Prostatablutungen gedeutet werden mußten. Die Untersuchung

Digitized by Google

mit dem Goldschmidtschen Urethroskop ergab aber als Ursache der Blutung eine vegetierende Urethritis posterior.

Die Behandlung der Tuberkulose der Harnwege mit Tuberkulin, von Le Clerc Dandoy. Verfasser hat eine Anzahl von Kranken mit Urogenitaltuberkulose einer lange dauernden Behandlung mit kleinen Tuberkulindosen unterworfen und hat dabei sehr gute Erfolge erzielt. Doch müssen die Indikationen für diese Behandlung genau festgelegt werden. Die Tuberkulinbehandlung schließt die chirurgische Therapie nicht aus.

Albuminurie und Ureterenkatheterismus, von Ch. L. Gauthier-Lyon. Der durch Ureterenkatheterismus gewonnene Urin kann infolge der Narkose oder infolge kleiner Blutungen Eiweiß enthalten. Verfasser hat aber auch Fälle gesehen, wo keines dieser beiden Momente zutraf und doch der Urin viel Eiweiß zeigte. Er führt diese Albuminurie auf die Anwesenheit des Katheters in den Ureteren zurück.

Über Vesikulitis, von Henry Reynès. Die akute Entzündung der Samenblasen verursacht schwere Allgemeinerscheinungen, Dysurie, Tenesmus, Schmerzen usw. Sie geht sehr oft in Eiterung über. Die chronische Entzündung dokumentiert sich durch hartnäckige Morgentropfen. Die Diagnose wird folgendermaßen gestellt: 1. Zweigläserprobe; 2. Massage des Penis und des Perineums; 3. Massage der Prostata; 4. Massage der Samenblasen. Nach jeder dieser Expressionen wird Urin gelassen, der dann durch Trübung usw. den Zustand des Organs anzeigt. Therapeutisch kommt vor allem die Massage der Samenblasen in Betracht.

Behandlung der plastischen Induration der Corpora cavernosa mit Radiotherapie, von Bernasconi. Verfasser beschreibt drei Fälle von plastischer Induration des Penis. Zweimal wurde Röntgenbehandlung angewendet und in einem Falle erfolgte nach 18 Bestrahlungen völlige Heilung.

Abortivbehandlung der Blennorrhagie, von E. Montfort-Marseille. Verfasser wendet folgende Methode zur Abortierung des Trippers an: Er injiziert 10—15 ccm 5% Protargol (mit etwas Kokain) in die Urethra anterior und läßt sie nach 2 Minuten tropfenweise wieder ausfließen. Diese Prozedur wird durch 10—12 Minuten fortgesetzt. Es erfolgen in den ersten zwei Tagen je zwei solcher Sitzungen, in den nächsten zwei je eine, dann kommt eine Pause. Verschwinden die Gonokokken nicht, macht M. Spülungen mit Kal. permang $^1/_{2000}$—$^1/_{4000}$.

Mechanische Behandlung der Urethraldrüsenentzündung, von M. Palazzoli. Besprechung der verschiedenen therapeutischen Methoden. Vorzuziehen sind die, die am wenigsten irritieren. Verfasser beginnt mit der Dilatation, der eine Massage auf der Sonde folgt. Sind die Resultate nicht zufriedenstellend, wendet er die Elektrolyse und Aspiration an. Richard Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Intravenöse Salvarsaninjektionen ohne Kochsalzzusatz, von Max Braun-Budapest. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 49.) Nach der in der urologischen Abteilung des Rochusspitales in Budapest geübten Technik, geschieht die Bereitung der Injektionsflüssigkeit genau nach der dem Medikamente beigefügten Vorschrift mit 15%iger Natronlauge mit sterilem, destilliertem Wasser, aber ohne Zusatz von Koch-

Digitized by Google

salz. Nach dem Bericht des Verfassers waren die Wirkungen genau wie bei der gewöhnlichen Methode und die Nebenerscheinungen äußerst geringfügig.

Gunsett-Straßburg.

Die Herstellung der Salvarsanlösungen und ihre Dosierung, von Émery. Bemerkungen von Duhot. (Ann. de la policlin. centr., 1911, Nr. 11.) Émery erötert seine bekannten Anschauungen über dieses Thema, wozu Duhot einige Bemerkungen teils bestätigender, teils widersprechender Natur macht.

Richard Frühwald-Leipzig.

Salvarsan in Mandelöl, von A. Loxton-Birmingham. (Brit. med. Journ., 29. Juli 1911.) Verf. macht seine englischen Kollegen darauf aufmerksam, daß zum Injizieren von Salvarsan in Oleum amygdalarum dulcium eine ganz aus Glas gearbeitete Spritze nötig ist. Damit die Berührung der Lösung mit Metall nur möglichst kurz sei, wird diese nicht durch die Kanüle hindurch, sondern direkt in den Zylinder eingezogen, und die Kanüle erst nach dem Einfüllen aufgesetzt. Es wird noch kurz über einen Fall von intensivster Glossitis syphilitica mit enormer Fissurenbildung berichtet, bei dem 24 Stunden nach Einverleibung von 0,3, der Patient ohne alle Beschwerden seine Mahlzeiten wieder zu sich nehmen konnte. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die verschiedenen Arten der Zubereitung und Verabfolgung des Salvarsans-Technik und Dosierung, von Ch. Fouquet. (Gaz. des hôp., 1911, Nr. 121.) Nichts Neues. Gunsett-Straßburg.

Technik der intravenösen Salvarsaninjektionen, von Leredde. (Presse méd., 1911, Nr. 74.) Eine Beschreibung der gebräuchlichen Technik ohne wesentliche Neuerung.

Gunsett-Straßburg.

Salvarsaneinspritzungen, Technik und Zufälle, von Charles Chevalier-Seyvet. (Inaug.-Diss., Lyon, 1911, Nr. 91.) Ohne berichtenswerte Ergebnisse.

Fritz Loeb-München.

Die Technik der Salvarsanbehandlung, von Conrad Siebert-Charlottenburg. (Ztschr. f. Krankenpfl., Nov. 1911, Nr. 11.) Der Artikel enthält nichts Neues.

Gunsett-Straßburg.

Vereinfachte Technik der intravenösen Salvarsaninjektion, von Charles H. Chetwood-New York. (Med. Record, 27. Mai 1911.) Nichts Neues.

W. Lehmann-Stettin.

Praktisches zur intravenösen Anwendung des Salvarsans, von S. L. Bogrow-Moskau. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 19.) Graduierter Glaszylinder mit Pumpballon usw. Wer mit Burette zu arbeiten gewohnt ist, wird die Vorteile dieser Konstruktion kaum einsehen. Arthur Schucht-Danzig.

Zur Technik der Salvarsanbehandlung, von Hüfler-Chemnitz. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 34.) Ebenso wie Wechselmann, hat H. die Beobachtung gemacht, daß man bei Verwendung von frisch destilliertem Wasser für die intravenöse Salvarsaninjektion sehr wohl ein vollständiges Ausbleiben der fieberhaften Reaktion erleben kann. Er verwendet einen kleinen, von der Firma Cassel in Frankfurt a. M. bezogenen Destillierapparat, der unmittelbar vor dem Gebrauch noch selbst ausgekocht wird, und chemisch reines Kochsalz. Die Salzlösung wurde wiederum sterilisiert, und in etwa 110—120 ccm der damit bereiteten alkalischen Lösung wurden dann 0,2—0,4 Salvarsan injiziert. Unter 22 so behandelten Fällen trat nur einmal (vielleicht infolge von schon bestehender gastrischer Indisposition) ein 3 Tage anhaltendes Fieber, das anfangs 39,4° erreichte, auf. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Technik der Salvarsanbehandlung, von Hüfler-Chemnitz. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 43.) Zur Ergänzung seiner vorstehenden Mitteilung über die

Digitized by Google

Vorteile der Verwendung von vollkommen sterilisiertem und womöglich auch von den Überresten abgetöteter Bakterien befreitem Wasser bei den intravenösen Salvarsaninjektionen gibt Verf. eine Abbildung und Beschreibung des von ihm verwendeten Destillierapparates, mit welchem in einer Stunde etwa 600 ccm Wasser einwandfrei präpariert werden kann. Der Apparat ist zum Preise von M. 25.— bei B. B. Cassel in Frankfurt a. M. zu beziehen. Im ganzen hat Verf. 42 Fälle mit dieser Modifikation intravenös injiziert und dabei niemals eine Temperatursteigerung zu beklagen gehabt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Asepsis nach Wechselmann bei der intravenösen Salvarsaneingießung, von Autokratow. (Russki Wratsch, 1911, Nr. 41.) A. hat bei Anwendung strenger Asepsis der physiologischen Kochsalzlösung nach Wechselmann (Filtrieren und Kochen) und bei Verwendung einer bloß 0,5% igen Kochsalzlösung zur intravenösen Salvarsaneingießung nur in 1,7% aller seiner Fälle eine Temperatursteigerung über 37,5° am ersten Tage beobachtet. Er erklärt demnach die höheren Temperaturen nach Salvarsaneingießung durch Bakterien- und Saprophytenwirkung. Arth. Jordan-Moskau.

Über die Technik der intravenösen Salvarsaninjektion, von L. Auszterweil-Arad. (Budapesti Orvosi Ujsag, 1911, Nr. 41.) Nach Ansicht des Verfassers müßte die intravenöse Anwendung des Salvarsans Gemeingut der praktischen Ärzte werden. Deshalb müßte man über ein intravenöses Verfahren verfügen, das im Notfalle und immer mit voller Sicherheit der praktische Arzt allein ausführen könnte. Verfasser ist bestrebt die Weisungen Wechselmanns einzuhalten und doch tritt $^1/_2$—1 Stunde später eine Reaktion auf, wenn auch nicht mit solch vehementem Schüttelfrost, wie zuvor, sondern nur in Begleitung eines milden Fröstelns. Oft bleibt auch das Erbrechen und die Diarrhöe aus; nach 12—20 stündiger Bettruhe und Beobachtung kann Patient schon seiner Arbeit nachgehen. Mit der Schreiberschen Methode kann die intravenöse Injektion allein gut ausgeführt werden. Verfasser schildert das Verfahren eingehend. Von 100 Fällen war in keinem einzigen Falle notwendig, die Vene einzuschneiden, bzw. sie mit dem Messer zu präparieren. Einmal konnte die intravenöse Injektionn icht ausgeführt werden, weil die sehr schwach entwickelte, verkümmerte Frau sehr dünne Adern hatte, die die Nadel immer durchgestochen hat. Wenn Verfasser 2—3 Fälle nacheinander vorgenommen hat, sterilisierte er nur die Nadel und die Spritze. Später stellte sich eine kleinere oder größere Infiltration, Phlebitis oder eine phlegmoneartige Alteration ein. Thrombose beobachtete er in keinem einzigen Falle. An der Injektionsstelle trat keinerlei Veränderung auf, ausgenommen, wenn mehrmaliges Einstechen notwendig war, da entstanden infolge der neueren Anschwellungen auf den früheren Einstichstellen kleine, unbedeutende Hämorrhagien. Nicht immer ist die weiteste Vene zum Einstich geeignet. Während der Operation stellt sich eine Infiltration ein, weil die Vene mit dicker Wand und starker Muskulatur sich infolge des Reizes der Lösung stark zurückzieht. Mit allen Fingern der linken Hand muß die Spritze auf den Arm gedrückt werden. So kann die in das Lumen der Vene gestochene Nadel dort sicher festgehalten werden.

Porosz-Budapest.

Neuer Apparat für intravenöse Salvarsaninjektionen, von Milion. (Gaz. des hôp., 1911, Nr. 95.) Es handelt sich um eine von Duret angegebene Ampulle, die zuerst luftleer gemacht wird und in welche dann die Lösung durch ein Wattefilter einläuft. Aus dieser Ampulle kann dann die so in exaktester Weise filtrierte Lösung direkt injiziert werden. Gunsett-Straßburg.

Zur Technik der intravenösen Salvarsaninjektion, von G. Knauer-Wiesbaden. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 34.) Verf. gibt einige praktische Winke: Sobald

Digitized by Google

man sich entschlossen hat, eine Injektion zu geben, prüfe man erst das Venensystem des Patienten, um den günstigsten Ort des Einstichs und den richtigen Grad der Stauung festzustellen; im allgemeinen wird eher durch ein zu starkes Spannen bis zum Ausbleiben des Arterienpulses gefehlt als durch ein zu wenig. Die Injektion soll stets unter Assistenz eines geschulten Gehilfen geschehen, damit der Operateur seine ganze Aufmerksamkeit in jedem Augenblick dem Vorgang des Einfließens widmen kann. K. befolgt die Weintraudsche Methode; er hält die eingelegte Nadel mit der rechten Hand fest und kontrolliert mit zwei oder drei Fingern der linken Hand, die leicht auf die zu injizierende Vene aufgelegt werden, unausgesetzt den Strom der einlaufenden Flüssigkeit, was normalerweise sich durch eine gleichmäßige surrende Vibration der Venenwand dokumentiert. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Technik der intravenösen Salvarsaninjektion, von Hermann Meyer-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 19.) Empfehlung kleiner, kurz abgeschlossener Kanülen mit Griffplatte. Arthur Schucht-Danzig.

Ein einfacher Apparat zur intravenösen oder intramuskulären Injektion von Salvarsan, von G. W. Dawson-London. (Lancet, 30. Sept. 1911.) Verf. verwendet eine Spritze mit Dreiwegansatz und sonst im allgemeinen eine Einrichtung, wie sie in Deutschland allgemein bekannt ist. Philippi-Bad Salzschlirf.

Technische Feinheiten bei der Salvarsaninfusion, von Hermann Mayer-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 37.) Aus diesen Ausführungen, die dem Geübten wenig Neues sagen, sei die Empfehlung hervorgehoben, den Einstich zweizeitig zu machen, d. h. man macht zunächst mit der Kanüle einen subkutanen Einstich und erst dann, etwa 1 cm davon entfernt, sticht man mit einem feinen Ruck in die Vene selbst ein. Diese Methode bietet außerdem den Vorteil, daß nach Herausziehen der Kanüle fast nie Blut aus der Stichöffnung tritt (Ref.). Arthur Schucht-Danzig.

Zur Technik der intravenösen Injektion von Salvarsan, von Willy Brauss-Dortmund. (Ztschr. f. ärzt. Fortb., 1911, Nr. 10.) Es wird Durchtrennung der zur Seite gezogenen Haut parallel zur Vene empfohlen (2 cm langer Schnitt). Wer ohne Durchtrennung der Haut zu arbeiten gewohnt ist, wird letzteres sicher für einfacher halten. Arthur Schucht-Danzig.

Erleichterung der Einführung der Nadel in die Vene zur intravenösen Salvarsaninjektion, von E. G. Ballenger & O. V. Elder-Atlanta. (Journ. Record Med., Mai 1911.) Empfehlung des Troikarts. W. Lehmann-Stettin.

Zur Technik der intravenösen Salvarsaneingießungen, von Semenow. (Russki Wratsch, 1912, Nr. 1, S. 20.) Zur Vermeidung des Herausschlüpfens der Nadel bei der Salvarsaneingießung empfiehlt S. die Anwendung eines Troikarts.

Arth. Jordan-Moskau.

Zur Technik der intravenösen Infusion, von L. Arzt und M. Schramek-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 43.) Angabe einer neuen bajonettförmig abgebogenen Injektionsnadel mit angeschlossenem Dreiweghahn, der durch einfache Drehung ein Abfließen des Blutes und damit eine Kontrolle über die richtige Lage der Nadel ermöglicht. W. Lehmann-Stettin.

Einige Bemerkungen zur intravenösen Anwendung des Salvarsans, von Eugen Fürnsc. (Wien. med. Wochenschr., 1911, S. 2933.) Kurzer Bericht über therapeutische Erfahrungen. Richard Frühwald-Leipzig.

Intravenöse Anwendung des Salvarsans, von F. Winter-Budapest. (Orv. Hetilap, 1911, Nr. 21.) Verfasser wollte bei metasyphilitischen Fällen auch die schon früher wahrgenommene Wirkung des Arsens erproben, die es auf das Gefühlszentrum,

Digitized by Google

hauptsächlich in der Bekämpfung der unerträglichen Schmerzen, übt. In der Mehrheit der Fälle war die Wirkung günstig, aber wie lange sie anhielt, das kann man noch nicht wissen. Es waren Fälle, in denen die lanzinierenden Schmerzen fast 4 Wochen nicht aufgetreten sind. Wegen der häufigen Nekrosen wurde mit den Injektionen unter die Haut und in die Muskeln gebrochen und jetzt wird ausschließlich mit intravenösen Infusionen gearbeitet. Bei diesem System sind die Unannehmlichkeiten minimal; wenig Erbrechen, Diarrhöe und geringe Temperaturerhöhung folgen der Reaktion ohne jede örtliche Reizung. Interessant war der Fall eines 62jährigen Mannes der 2 Jahre nach der vor 6 Jahren erworbenen Lues epileptische Krämpfe bekommen hat, die sich oft einstellten und später mit Gedächtnisschwäche und mit Abnahme der geistigen Fähigkeiten einhergingen. Der Patient fühlt sich seit der Salvarsaninfusion — vor 4 Wochen — ganz wohl; er hatte keine Krämpfe, seine geistige Frische stellte sich wieder ein. Verfasser hatte 30 Fälle: 6 Tabes, 13 Dementia paralytica, 1 Neuralgia luetica, 2 Sclerosis multiplex, 1 Epilepsie auf luetischer Basis, 1 Paralysis bulbaris luetica, 1 Atrophia musculorum progressiva, 2 Cephalalgia hysterica, 3 Lues cerebralis. Porosz-Budapest.

Intravenöse Salvarsaninjektionen, von Ernst Eitner-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1911, Nr. 31.) E. hält die intravenöse Injektion als die einzige, wirklich empfehlenswerte Applikationsmethode des Salvarsans. Schourp-Danzig.

Über intravenöse Salvarsaninjektionen ohne Reaktionserscheinungen, von J. Herbsmann-Rostow am Don. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 34.) Dem Vorgehen Wechselmanns folgend hat auch Verf. bei 30 Fällen zur intravenösen Salvarsaninjektion nur frisch und streng aseptisch bereitete 0,9% ige Kochsalzlösung verwendet und dabei ein auffallendes Ausbleiben aller Nebenerscheinungen konstatiert. Nur zweimal war eine, nebenbei durch Bronchitis resp. Milchverhaltung wohl verursachte Temperatursteigerung zu bemerken. Das Ausbleiben der Reaktion fiel den Patienten selbst auf und wurde sogar öfters in pessimistischer Weise als ein Zeichen von Unwirksamkeit des Medikamentes gedeutet. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die intramuskuläre Injektion von Salvarsan, von A. Spearing-Eccles. (Brit. med. Journ., 10. Febr. 1912.) Bei einem 28jährigen Patienten mit (offenbar) syphilitischer Ulzeration der Zunge gab S. eine intramuskuläre Injektion in die Glutäen, worauf in kaum 3 Wochen die Zungenaffektion vollständig geheilt war.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Eine Warnung bezüglich der Salvarsananwendung, von W. C. Slushen-Bluefield und E. B. Burchell-New York. (New York med. Journ., 15. Juli 1911.) Verfasser stellten Kulturversuche mit 4% Salvarsanlösung und zwar mittels Staphylokokken an und es ergab sich, daß auf der alkalischen Lösung das Wachstum der Kokken ein viel reichlicheres war, als in der nur mit sterilem Wasser zubereiteten. Diese Ergebnisse der Tierversuche, sowie die Erfahrungen in der Praxis veranlassen Verfasser zu der Mahnung, alles, was mit dem Patienten in Berührung kommt, bei der Salvarsanbehandlung energisch zu sterilisieren; denn die Fälle von Nekrosis und Infektion seien ihrer Ansicht nach auf Sorglosigkeit und mangelhafte Asepsis zurückzuführen.

Stern-München.

Über die Ursachen der Reaktionserscheinungen nach Salvarsaninjektion. von Johan Almkvist-Stockholm. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 1.) Die Reaktionserscheinungen nach Salvarsaninfusionen werden auf eine Zusammenwirkung von Salvarsan und Bakterienproteinen zurückgeführt. Es werden die nutritiven Rezeptoren der Zellen sowohl von den Proteinen als von dem Salvarsan besetzt, so daß die Ernährung der Zellen leiden muß. Die Bakterien, aus denen die Gifte stammen, sind teils

Digitized by Google

solche, die sich in destiliertem Wasser entwickeln, weshalb nur frisch destilliertes Wasser verwendet werden soll, teils auch solche, die bei Infektion mit verschiedenen Mikroorganismen im Körper vorkommen. Zu diesen Mikroorganismen gehören auch die Spirochäten. Die häufigeren Reaktionserscheinungen im Eruptionsstadium finden hierdurch ihre Erklärung. Die in dieser Periode in Blut gehäuft vorkommenden Spirochäten werden durch das Salvarsan zerstört und die frei werdenden Syphilisproteine besetzen in ähnlicher Weise wie die Bakterienproteine des alten destillierten Wassers die nutritiven Rezeptoren der Zellen. Die Zusammenwirkung des Salvarsans und der toxischen Stoffe kann nicht nur eine allgemeine, sondern auch eine lokale, an gewisse Organe gebundene sein. Erkrankte Organe werden deshalb von dem Salvarsan schwerer angegriffen. Albert Kunst-Dresden.

Die Beseitigung der den intravenösen Salvarsaninjektionen folgenden fieberhaften Reaktionen, von F. Swift und Arthur M. W. Ellis-New York. (Journ. amer. med. assoc., 1911, Nr. 26.) Nach Wechselmanns Vorbild verwenden die Verf. zu den Salvarsanlösungen im Autoklaven sterilisierte Kochsalzlösung, die mit frisch destilliertem Wasser hergestellt wurde. Auf diese Weise vermeiden auch sie die bekannten fieberhaften Reaktionen. — Sonst nichts Neues. Fendt-Wiesbaden.

Die bei der intravenösen Anwendung des Salvarsans vorkommenden schweren Reaktionen und ihre Verhinderung, von T. Marschalko-Kolozsvár. (Gyógyászat, 1911, Nr. 33, 34.) Verfasser behandelte 570 Patienten mit intravenöser Salvarsaninjektion, denn Nekrosen, oder wenigstens harte Infiltrationen stellen sich beinahe nach jeder subkutanen oder intramuskulären Injektion ein. Die einfachste Technik ist die Weintrausche. Wenn man eine lange, gerade laufende Vene zur Injektion benutzt, welche nicht anastomosiert, wenn also das Salvarsan sich nicht im Blute rasch verdünnt und während des Einströmens lange mit dem Endothel in Berührung bleibt, kann eine Endophlebitis entstehen, die auch zur Thrombose führen kann. Bisher trat nur in drei Fällen eine Thrombose minderen oder höheren Grades auf, die sich aber bei Ruhe und nassem Verbande in einigen Tagen zurückgebildet hat, so daß keine Spur zurückgeblieben ist. Wahrgenommene Intoxikationssymptome sind: heftige Kopfschmerzen oft schon unmittelbar nach der Injektion, manchmal Rückenschmerzen, Schwindel, Trockenheitsgefühl im Rachen, Frösteln, sogar Schüttelfrost, starke Temperaturerhöhung ev. bis 40°, Erbrechen, Diarrhöe usw. Diesen schließen sich in schwereren Fällen Symptome gefährlicher Herzschwäche an, Herpes labialis, ferner Ikterus, Albuminurie, Auftreten roter Blutzellen und Zylinder im Urin; es trat sogar in einem Falle eine 24 Stunden anhaltende Anurie auf. Die erwähnten Reaktionen werden nicht immer vom Salvarsan hervorgerufen. Sie stehen nicht im Verhältnis zur Größe der angewendeten Salvarsandose. Bei 40 Patienten nämlich, die Verfasser schon mit verdünntem, in 0,6—0,4 % iger Kochsalzlösung gelöstem Salvarsan injiziert hat, trat keine stärkere Reaktion auf. Nach Wechselmann ist die Ursache der starken Reaktion von Saprophyten gebildet. Deshalb ließ er das Kochsalzwasser durch ein hartes Filter seien und ½ Stunde lang kochen. Nach Injektionen mit so bereiteten Salvarsanlösungen nahm Verfasser beinahe gar keine Reaktion wahr. Nach Mayer treten nach Salvarsanlösungen, die mit 0,5 % igen (nicht stärker!) Kochsalzwasser zubereitet sind, beinahe gar keine Reaktionen auf. In jüngster Zeit gab Verfasser 300 intravenöse Salvarsaninjektionen mit 0,5 % iger ClNa-Lösung, ohne daß er nennenswerte Reaktionen gesehen hätte. Verfasser glaubte, es sei schon gelungen, die schwereren Reaktionen auszuschalten. Seit Juni aber traten da, wo er es am allerwenigsten erwartet hat, wieder Reaktionen schweren Charakters auf. Sie wiederholten sich ohne jedes System zeitweise. Ein 23jähriger Kellner, seit 1½ Jahren syphiliskrank, hat 50 Salizylquecksilberinjektionen

Digitized by Google

bekommen. Die WASSERMANN-Reaktion war stark positiv, und das war das einzige Symptom, weshalb er am 6. August 1/2 12 Uhr vormittags 0,3 Salvarsan bekommen hat. Um 1 Uhr etwa 1/2 Stunde anhaltender, sehr starker Schüttelfrost, Erbrechen, Diarrhöe; Temperatur 4 Uhr 41,7° C, Puls 125, gestörtes Sensorium; abends 7 Uhr 38,3; er fühlt sich viel besser, reichliches Schwitzen. Am 7. August fühlt sich Patient ganz wohl, Temperatur 36,6, aber im Urin ist 3‰ Eiweiß, einige rote Blutzellen, sonst gar keine Formelemente. Am 8. August stark ausgeprägter Herpes labialis, Magenbeschwerden minderen Grades, im Urin Eiweiß nur in Spuren. Im zweiten Falle trat bei noch schwereren allgemeinen und Gehirnsymptomen 24 Stunden anhaltende Anurie auf. Nach WECHSELMANN destilliert er das Wasser täglich selbst, um in destilliertem Wasser die toten Bakterienkörper zu vermeiden. Nach Hinzugabe des Kochsalzes sterilisiert er es noch einmal. In solcher Weise behandelte er schon 70 Fälle, ohne daß das geringste Fieber aufgetreten wäre. HERXHEIMER bestätigte diese Befunde. Nach EHRLICHS Ansicht beeinflußt das hohe Fieber die Heilwirkung des Salvarsans in schädlicher Weise, weil offenkundig unter der Wirkung der Bakterienendotoxine die Organotropie größer, die Parasitotropie aber kleiner ist. Mit dem so morgens frisch destillierten Wasser bereitet er eine 0,5%ige chemisch reine Kochsalzlösung. Verfasser gab in 20 Fällen solche Injektionen, und die Reaktionen waren wie abgeschnitten. Die Patienten ertrugen die Injektionen sehr gut, als ob mit ihnen gar nichts geschehen wäre. Nur bei zwei Patienten stieg die Temperatur einige Zehntel über 37° (37,2 und 37,6), bei diesen waren auch früher jeden Nachmittag kleinere Temperaturerhöhungen; bei den anderen 18 Patienten blieb aber die Temperatur eher 1—2 Zehntel unter der normalen Temperatur, und das Maximum stieg in keinem einzigen Falle über 36,6°, trotzdem Verfasser in der zweiten Hälfte der Versuche wieder die gewöhnliche Dosis 0,4 angewendet hat. Neurorezidive hatte er zweimal unter 1500 Fällen; nach der zweiten, schon intravenösen Injektion (6 Wochen) trat eine einseitige Lähmung des Okulomotorius ein, die nach Inunktionsjodkaliumbehandlung sich gebessert hat. Im zweiten Falle kam der Patient 6 Wochen später mit rechtsseitiger Neuritis optica und mit Lähmung des Okulomotorius auf die Klinik zurück. Quecksilberbehandlung und neuere — intravenöse — Injektion führte zu einer Besserung. Diese Neurorezidive sind wirklich syphilitische Symptome. Über Neurorezidive seitens der Höhrnerven kann Verfasser mit näheren Daten nicht dienen. Ein einziger Patient teilte brieflich mit, daß einige Wochen nach der Injektion Ohrensausen und Gehörsstörungen aufgetreten seien, aber über sein weiteres Schicksal hörte Verfasser nichts. Neurorezidive kommen nach Salvarsanbehandlung sehr selten vor. M. ist überzeugt, daß Salvarsan nicht nur nicht mehr toxisch ist, sondern weniger giftig ist, als das Quecksilber, namentlich wenn es sich um Injektionen mit grauem Öl handelt. Durch solche sind schon mehr Patienten zugrunde gegangen, als infolge der Salvarsanbehandlung.

Porosz-Budapest.

Die Nachteile der Salvarsananwendung, von DOUGLASS W. MONTGOMERY. (Journ. amer. med. assoc., 1911, S. 1661.) Zu kurzem Referat nicht geeignet.

Richard Frühwald-Leipzig.

Wie verhütet man die Ohnmacht nach intravenösen Salvarsaninjektionen, von DUHOT. (Ann. de la policlin. centr., 1911, Nr. 8.) Sei es bei alkalischen oder bei sauren intravenösen Salvarsaninjektionen, immer muß man folgende Vorsichtsmaßregeln beobachten: 1. Eine genügende Verdünnung (0,1 Salvarsan auf 70 Kochsalzlösung). 2. Langsames Einfließen und Unterbrechung der Injektion bei Auftreten einer Kongestion. 3. Die Temperatur der Salvarsanlösung soll 36° betragen. 4. Der Kranke soll seit vier Stunden nichts gegessen haben. 5. Die Injektion soll in halbsitzender Lage gemacht werden.

Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Wie soll man die Zirkulationsstörungen während der intravenösen Salvarsaninjektionen vermeiden, von DUHOT. (Ann. de la policlin. centr., 1911, Nr. 9.) Man soll 1. das Medikament genügend verdünnt haben, 2. langsam einfließen lassen und 3. den Infusionsapparat nicht höher als 40 cm hängen. 4. Die Lösung soll 36° warm sein, 5. der Patient soll seit vier Stunden nichts gegessen haben, 6. sich in halbaufrechter Lage befinden. 7. Soll man in Fällen von zweifelhafter organischer Resistenz eine präventive Kampferinjektion machen. Gunsett-Straßburg.

Ein Anfall von Blutdrucksteigerung nach einer Salvarsaninjektion, von von J. S. COVISA. (Rev. clin. Madrid, 1911, Nr. 20.) Der Artikel ist auch anderweitig erschienen und bereits hier referiert. Gunsett-Straßburg.

Über ausgedehnte Thrombophlebitis nach einer intravenösen Salvarsaninjektion, von J. MÜLLER-Wiesbaden. (Ver. d. Ärzte Wiesbadens, off. Protokoll. Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 23.) Im Anschluß an eine Salvarsaninfusion trat eine teils gleichmäßige, teils nodöse Anschwellung und Verdickung der großen Venen auf, die sich nur sehr langsam zurückbildete. Die Ursache wird in dem weiten Venensystem des Patienten vermutet. Arthur Schucht-Danzig.

Fernthrombose nach endovenöser Salvarsaninjektion, von E. KLAUSNER. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 6.) Folgender, allerdings nicht ganz vollständig geklärter Fall wird der Kasuistik der Salvarsanschädigungen hinzugefügt: Ein 47jähriger Offizier, dessen luetische Infektion 23 Jahre zurückdatierte, kam wegen nervöser Erscheinungen nach einem ziemlich vollständig überwundenen paraplegischen Anfall bei stark positivem WASSERMANN in Behandlung und erhielt eine von bestem Erfolg begleitete intravenöse Injektion von 0,6. Etwa fünf Monate später wurde wegen noch vorhandener positiver Reaktion auf Verlangen des Pat. eine Injektion zu 0.5 in die Vena mediana gegeben. Nach 17 Tagen ungestörten Wohlbefindens trat plötzlich unter hohem Fieber eine Thrombose am Oberschenkel auf, welche zur Entwicklung eines großen Abszesses mit etwa $^1/_2$ Liter Eiter führte. Nach der Eröffnung desselben erfolgte ziemlich rasch völlige Genesung. Da Zeichen einer leichten Arteriosklerose vorhanden waren, nimmt Verf. an, daß auch die Venenintima wohl nicht ganz intakt war und somit der Thrombenbildung Vorschub leistete. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die syphilitischen Erkrankungen des Herzens als Indikation und als Kontraindikation für die Behandlung mit Salvarsan, von BREITMANN. (Wratschebnaja Gaseta, 1911, Nr. 35—38.) Nach der Statistik des Verfassers, wie auf Grund der ROMBERGschen Erfahrungen kommt die Arteriitis der Kranzarterien am häufigsten nach der syphilitischen Arteriitis der Hirnarterien zur Beobachtung. Die Syphilis des Herzens betrifft meist nur begrenzte Herzgebiete. Sie kommt sowohl in der sekundären, als in der tertiären Periode vor und wird einerseits durch die auffallende Inkongruenz zwischen den schweren anatomischen Veränderungen des Herzens und den sehr leichten klinischen Störungen andererseits durch die ernsten objektiven Veränderungen (hohen Grad von Arythmie, Tachykardie, Bradykardie, ADAMS-STOKESsche Krankheit) und das Fehlen oder das geringe Vorhandensein der subjektiven Erscheinungen charakterisiert. Bei der Behandlung muß man sich vor allen starken Herzmitteln hüten und eine kombinierte Hg-Jodtherapie einschlagen. Was die Salvarsananwendung betrifft, so sieht Verf. als Kontraindikation für dieselbe von nicht spezifischen Herzkrankheiten folgende an: 1. eine akute rheumatische Endokarditis, 2. eine schwere, nicht syphilitische Myokarditis, 3. schwere kardiale Komplikationen bei Kyphoskoliose und 4. Kompensationsstörungen. Bei den syphilitischen Herzveränderungen empfiehlt Verf. das Salvarsan anzuwenden und zwar im sekundären Stadium, solange keine deutliche Vergrößerung des Herzens

Digitized by Google

und keine funktionelle Insuffizienz desselben vorliegt, im tertiären Stadium aber nur zu Beginn desselben. Arth. Jordan-Moskau.

Über die syphilitischen Herzerkrankungen als Indikation und Kontraindikation für die Salvarsanbehandlung, von M. Breitmann-St. Petersburg. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 39.) Verfasser gibt zunächst eine ausführliche Darlegung des anatomischen und klinischen Teils der syphilitischen Herzerkrankungen auf Grund eigener langjähriger Forschungen. Die Diagnose der Herzsyphilis, die oft einen genau zu lokalisierenden Sitz hat (Atrioventrikularbündel), ist von großer Wichtigkeit wegen des Nutzens einer frühzeitig genug beginnenden Therapie. Von Interesse ist die Angabe, daß man in Deutschland und Frankreich, wo die Syphilis größtenteils frühzeitig behandelt wird, die Herzsyphilis viel seltener beobachtet, als in Rußland, wo dieses nicht der Fall ist, und wo Verfasser die schwersten Fälle beobachtete. Die Behandlung soll möglichst frühzeitig geschehen und chronisch intermittierend sein; später, wenn die gummösen Veränderungen zu Schwielen- und Narbenbildung geführt haben, ist sie nicht mehr von Nutzen.
Arthur Schucht-Danzig.

Über die Salvarsanbehandlung syphilitischer Herz- und Gefäßerkrankungen, von W. Weintraud-Wiesbaden. (Ther. d. Gegenw., Okt. 1911.) Zunächst wendet sich Verfasser dagegen, daß syphilitische Herz- und Gefäßerkrankungen eine Kontraindikation gegen Salvarsan, auch intravenös verabfolgt, darstellen, und er weist auf eine Reihe derartiger so behandelter Fälle hin, wo sich niemals eine bedrohliche Erscheinung einstellte. Bei solchen Kranken, bei denen subjektive und objektive Erscheinungen der Herzerregbarkeit und Herzschwäche — ähnlich den bei schwerer Chlorose — sich im Frühstadium der sekundären Syphilis einstellten, die auf diffuse toxische Schädigungen des Myokards zurückzuführen sind, wurde schnelle Besserung dieser Beschwerden durch Salvarsan beobachtet. Verfasser bezieht sich jedoch wesentlich auf die Fälle mit schweren anatomischen Veränderungen, welche wahrscheinlich alle auf eine luetische Mesaortitis productiva zurückzuführen sind. Die klinischen Krankheitsbilder zerfallen in fünf Gruppen: 1. Ausgesprochene Aorteninsuffizienz; dieselbe wurde bei einem Teil der Kranken, Tabikern, als Nebenbefund festgestellt. 2. Hochgradige Aortenklappeninsuffizienz verbunden mit schweren Herzmuskelstörungen, typischen Anfällen von Angina pectoris. Hier hatte Salvarsanbehandlung offenbaren Erfolg selbst bei solchen Kranken, bei denen bereits bedrohliche stenokardische Anfälle beobachtet waren. 3. Kranke ohne das Krankheitsbild der Aorteninsuffizienz, mit Angina pectoris-Anfällen nur als Zeichen einer Arbeitsinsuffizienz des Herzmuskels bei Anstrengungen; gleichzeitig besteht Herzerweiterung. 4. Sackförmiges Aneurysma des Aortenbogens. Es wurde ein solcher Kranker mit Salvarsan behandelt mit dem Erfolge, daß Hustenreiz und gelegentlicher Stridor verschwanden. 5. Fälle, bei denen ein leichter Grad von Arbeitsinsuffizienz (Dyspnöe), ein systolisches Geräusch, meist an der Basis deutlicher, beschleunigte Schlagfolge und häufige Pulsunregelmäßigkeiten bestehen, möglicherweise als Ausdruck einer Mesaortitis der Aorta und von Ernährungsstörungen des Herzmusmuskels. Die auffallendsten Erfolge boten drei Fälle von Aorteninsuffizienz und Erweiterung des Aortenbogens, wo schwerste Anfälle von Angina pectoris mit Lungenödem und Kollaps vom Verfasser beobachtet waren, die nach der Behandlung nie wieder auftraten. Verfasser empfiehlt daher die intravenöse Salvarsananwendung zur spezifischen Behandlung der luetischen Herz- und Gefäßerkrankungen, ohne dem Hg und Jod ihren Wert abzusprechen.
Arthur Schucht-Danzig.

Gefahren und Kontraindikationen des Salvarsans, von R. Burnier. (Presse méd., 1911, Nr. 84.) Eine Zusammenstellung derjenigen Affektionen, bei denen Salvarsan

Digitized by Google

kontraindiziert ist. Zu den absolut kontraindizierten Krankheiten zählt B. auch die Aortitis syphilitica, Sklerose der Koronararterien und Myokarditis.

Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von Brustgeschwulst und Aneurysma der Aorta descendens, mit Salvarsan behandelt, von G. Reese Satterlee-New York. (New York med. Journ., 13. Januar 1912.) Der Fall betraf einen 50jährigen Mann, der im Alter von etwa 20 Jahren einen Primäraffekt, 5 Jahre später einen schweren Anfall von Gelbsucht gehabt, hat und dessen gegenwärtiger Zustand vor 3 Jahren mit Magenbeschwerden, Schmerzen im Rücken und Dyspnöe begann. Späterhin gesellten sich Heiserkeit, Aphonie, heftige Schmerzen an der linken Brustseite und Schulter hinzu. Die radiographische Untersuchung ermöglichte erst bei dem Patienten, der lange Zeit hindurch wegen Lungentuberkulose behandelt worden war, die richtige Diagnose (auf Aortenaneurysma) zu stellen. Intramuskuläre Injektion von 0,4 Salvarsan (in Öl-Suspension) brachte rasche Besserung der subjektiven Beschwerden, ohne daß aber das objektive Bild sich änderte. Unter sorgfältiger Weiterbehandlung mit kleinen Salvarsandosen, kombiniert mit Quecksilber und Jod, hielt die Besserung an; S. erblickt im Salvarsan jedenfalls ein sehr wertvolles Unterstützungsmittel bei der Behandlung solcher Fälle.

Stern-München.

Intoleranzerscheinungen, welche an Anaphylaxie erinnerten bei einem Kranken, der 4 Salvarsaninjektionen erhalten hatte, von Paul Ravaut und R. J. Weissenbach. (Gaz. des hôp., 1911, Nr. 18.) Der 17jährige Kranke hatte außer 9 Injektionen grauen Öls 2 Serien von Hektineinspritzungen (6 g) vom 25. Juli bis 19. September bekommen. Am 8. Oktober erhielt er 0,7 g Salvarsan intramuskulär, am 4. November nochmals dasselbe, dann am 23. November 0,45 intravenös ohne jede Beschwerde. Am 19. Dezember wurde nochmals intravenös injiziert, und noch während der Injektion traten schwere Erscheinungen allgemeiner Schwäche, Dyspnöe, Herzkollaps mit starker Pulsbeschleunigung auf. Dann kam starker Blutandrang ins Gesicht und in die Konjunktiven, Darmschmerzen und Erbrechen. Bis auf letztere beiden Symptome gingen alle anderen in 10 Minuten vorüber, während diese unter Fieber bis zu 38,5 etwa 4 Stunden anhielten. Am anderen Tag war wieder alles zur Norm zurückgekehrt. Trotz all dieser Injektionen war es nicht gelungen, bei dem Kranken ein hartnäckiges follikuläres Syphilid zum Schwinden zu bringen.

Gunsett-Straßburg.

Bedenkliche Nebenerscheinungen bei einigen mit Salvarsan behandelten Patienten, von E. Finger-Wien. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 18.) Finger spricht auf Grund von drei weiteren mitgeteilten Fällen seine Überzeugung dahin aus, daß dem Salvarsan eine neurotrope Wirkung zukomme. In allen Fällen handelte es sich um frische Syphilis, zwei waren vor der Salvarsanbehandlung noch nicht spezifisch behandelt, der dritte Fall hatte 6 Monate vorher eine Hg-Kur durchgemacht.

Im ersten Fall trat 2 Monate nach der Injektion linksseitige Neuritis optica, totale Okulomotoriuslähmung und einseitige leichte Fazialisparese auf. Nach nochmaliger Salvarsanbehandlung zunächst Verschlimmerung, Auftreten von Stauungspapille links, Neuritis optica rechts. Keine Besserung auf Hg-Behandlung. Später Rückgang mit Hinterlassung wesentlicher Schädigungen.

Im zweiten Falle tritt 10 Wochen nach der Injektion beiderseitige Neuritis optica, die nach Schwankungen der Amaurose entgegen geht.

Im dritten Fall endlich tritt ca. 6 Wochen nach der Injektion Neuritis optica auf.

Bemerkt sei, daß offenbar in allen 3 Fällen (von Nr. 2 nicht angegeben) intramuskulär injiziert wurde. In Fall 2 war noch nach 9 Monaten Arsen im Urin nach-

Digitized by Google

weisbar. Finger hält die Methode der Anwendung für sehr wichtig und verwirft die subkutane und intramuskuläre Applikation. Er weist im Gegensatz zu Geronne und Guttmann darauf hin, daß die Erscheinungen des chronischen Arsenizismus sehr vielfältig sind und u. a. folgende Erscheinungen umfassen: periphere, zentrale, spinale und zerebrale Lähmungen, die den Charakter der Paraplegie und Hemiplegie zeigen können; Lähmungen des Okulomotorius, Trigeminus, Schwindel, Taubheit, Schwerhörigkeit; endlich Sehstörungen bis zur Erblindung.

In einem Teile der Fälle handele es sich nicht um „Neurorezidive", sondern um Arsenintoxikation. In einem andern Teil nimmt auch Finger an, daß es sich um provozierte Lueserscheinungen handelt, vielleicht infolge einer sensibilisierenden Wirkung auf das Virus. Der Rückgang solcher Erscheinungen nach Salvarsan auf Hg-Behandlung sei vorsichtig zu beurteilen, da spontane Vorgänge nicht auszuschließen seien. Immerhin seien diese Fälle im ganzen selten. Arthur Schucht-Danzig.

Schwere akute Intoxikation nach intravenöser Salvarsaninfusion, von M. Voss, Halle a. S. (Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 44.) Ein 28jähriger Patient mit 14 Tage altem Primäraffekt am Sulcus coronarius und positivem Spirochätenbefund erhielt eine intravenöse Injektion von 0,4, worauf er sich wieder in seine Wohnung begab. Nach 2 Stunden fand ihn Verfasser in ganz desolatem Zustand mit unaufhaltsamem Erbrechen und Durchfall, Fieber bis 39,6°, kleinem jagendem Puls, starken Schmerzen im Leibe und den Gliedern und großer subjektiver und motorischer Unruhe. Erst im Laufe von 5 Tagen besserte sich der Zustand so weit, daß Patient wieder aufstehen konnte. Ein anderer 34jähriger Patient, welcher von demselben Präparate ebenfalls eine intravenöse Injektion von 0,4 erhalten hatte, bot ähnliche, aber weniger intensive und nicht so lange anhaltende Störungen dar. Er hatte 8 Tage zuvor eine gleiche Einspritzung ohne irgendwelche Beschwerden vertragen. Verfasser findet keine andere Erklärung für diese Komplikationen als einen zu vermutenden abnorm hohen Arsengehalt des betreffenden Präparates. Jedenfalls sei dringend vor der ambulanten Darreichung des Salvarsans zu warnen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Nachtrag zu „Schwere akute Intoxikation nach intravenöser Salvarsaninfusion", von Voss-Halle a. S. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 51.) Zu dem in Nr. 44 derselben Zeitschrift publizierten Bericht über 2 Fälle von schwerer Intoxikation nach intravenöser Salvarsaninjektion teilt Verfasser berichtigend mit, daß er sich nachher von der Unschädlichkeit des von ihm verwendeten Präparates überzeugt hat, indem spätere Injektionen, welche mit demselben ausgeführt wurden, ohne Unfall verliefen. Er ist geneigt, dem bei den unglücklichen Fällen verwendeten Wasser die Schuld beizumessen, wobei die zur Zeit vorherrschende intensive Sommerhitze nicht ohne Bedeutung gewesen sein mag. Allerdings war das fragliche Wasser noch einige Tage zuvor ohne Nachteil benutzt worden. Jedenfalls sei aber zu verlangen, daß diese Injektionen nicht in ambulanter Praxis vorgenommen werden. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über medikamentöse Spätexantheme nach intravenösen Salvarsaninjektionen, von R. Frühwald-Leipzig. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 40.) Zu diesem Thema bringt Verfasser Berichte über 4 bemerkenswerte Fälle, von denen der eine (aus seiner eigenen Beobachtung) allerdings intraglutäal injiziert wurde (1,0), während bei den 3 anderen (darunter einem ihm von anderer Seite zur Verfügung gestellten) Fällen, endovenöse Behandlung stattgefunden hatte. Beim ersten Patienten trat am 7. Tage nach der Injektion, im Anschluß an verschiedene, alsbald einsetzende Störungen allgemeiner Art bei hohem Fieber ein scharlachartiges Exanthem am ganzen Körper hervor im Verein mit grauweißen Tonsillenbelägen und Himbeerzunge. Der nicht von der Hand zu

Digitized by Google

weisende Verdacht einer Komplikation mit Scharlach wurde aber durch den weiteren Verlauf nicht bestätigt. Die drei anderen Kranken, von denen der eine mit primärer, der andere mit tertiärer Syphilis behaftet, während der dritte symptomfrei war, boten je am 5., am 8. und am 10. Tage nach der endovenösen Einverleibung von 0,8 in zwei Portionen resp. nach der einmaligen Darreichung von 0,45 ein Exanthem von ungewöhnlicher Art dar. Dasselbe trat unter lebhafter Temperatursteigerung als hanfkorn- bis linsengroße, scharf umschriebene, mäßig elevierte Flecke und Knötchen von anfangs frischroter, später lividroter Farbe hervor, war namentlich am Gesicht, dann an den Streckseiten der Extremitäten lokalisiert und ergriff auch konfluierend den Stamm. Binnen 3—7 Tagen gingen sowohl das Fieber und die Allgemeinstörungen als auch der Ausschlag allmählich zurück, in dem einen Falle (Nr. 3) unter starker kleienförmiger Desquamation, in dem anderen aber mit Übergang zu einem intensiven, mehr als 14 Tage anhaltenden Ikterus. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über das Vorkommen spätluetischer Erscheinungen im Frühstadium der Syphilis nach Salvarsaninjektionen, von Wechner-Berlin. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 32.) Wie von anderen Autoren auch schon beobachtet worden ist, hat Verfasser die Wahrnehmung gemacht, daß bei der Salvarsantherapie in manchen Fällen die Läsionen der Spätsyphilis erstaunlich frühzeitig zum Vorschein kommen. Ein 25jähriger Student erhielt etwa $^3/_4$ Jahr nach der Infektion und nach vorheriger zweimaliger Schmierkur 0,6 Salvarsan intramuskulär; 4 Monate nach der Injektion kam er wieder in Behandlung mit ulzerösen Plaques an der Tonsille und einem wallnußgroßen Gummiknoten in der Zunge. Bei einem 42jährigen Landwirt trat auch bei einer kombinierten Therapie von Salvarsan und Hg-salicylicum ein Zungengumma schon etwa 6 Monate nach der Infektion hervor, und eine 30jährige Frau bot $^1/_4$ Jahr nach der ziemlich bald nach dem ersten Auftreten der makulopapulösen Erscheinungen gegebenen glutäalen Injektion von 0,5 Salvarsan eine ausgesprochene Neuroretinitis am einen Auge dar. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Abweichungen im Verlaufe der Syphilis nach Anwendung von Salvarsan, von D. Desneux und B. Dujardin-Brüssel. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 40.) Es ist nicht zu leugnen, daß bei der Salvarsantherapie der Syphilis das Leiden von dem früher gewohnten Bilde vielfach abweicht, einesteils in bezug auf die Hautläsionen und anderenteils im Verhalten des Nervensystems. Als Beispiele der ersteren Art berichten Verfasser über folgende 2 Beobachtungen: Eine 41jährige Frau mit einem 3 Wochen alten Schanker an der Wange erhielt mit bestem Erfolg eine Injektion von 0,45 in Ölimmersion. Nach 4 Monaten stellte sie sich wieder vor mit drei ca. 1 cm im Durchmesser betragenden Läsionen, je eine am Halse, am rechten Hypochondrium und an der Wade, welche in jeder Hinsicht den Eindruck eines in der Heilung begriffenen Primärsyphilids machten. Ferner erhielt ein 30jähriger Mann nach zehnmonatigem Bestehen einer mit Hg behandelten Syphilis in 2 Portionen 1,3 subkutan resp. intramuskulär. Er stellte sich 9 Monate später wieder vor mit einer schankerförmigen Läsion an der Stelle des alten Primärsyphilids, zahlreichen kleinen Papeln an der Eichel, erythematöser Roseola an den Seiten und einer während der ersten Beobachtungszeit schon konstatierten Leukodermie am Halse. Ferner wird über 2 Fälle berichtet, bei denen nach der intravenösen Injektion resp. nach einer Kombination von endovenöser und intramuskulärer Injektion ausgesprochene Störungen von seiten des Nervensystems, hauptsächlich des Akustikus, hervortraten und in dem einen Fall noch zur Zeit der Publikation nicht beseitigt waren. Ferner gehen Verfasser auf die von verschiedenen Beobachtern konstatierte Tatsache eines abweichenden Verlaufs des Leidens im allgemeinen ein, wofür sie hauptsächlich die ungewöhnlich energische Wirkung

Digitized by Google

des Salvarsans auf die Spirochäten zur Erklärung hervorheben. In bezug auf die Neurorezidive stellen Verfasser sich auf den Standpunkt, daß es sich dabei um Syphilisrezidive handelt im Zusammenhang mit ganz spezifischen meningitischen Vorgängen, wobei einerseits eine besondere Schwere der Infektion und auf der anderen Seite vielleicht Fehler in der Behandlung mitwirken. Bei den Hautläsionen schließlich, welche als neue „exogene" Primärsyphilide imponieren, bringen Verfasser verschiedene Gründe vor für ihre gegenteilige Auffassung. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einige durch Salvarsanbehandlung bedingte Eigentümlichkeiten kutaner Syphilis, von M. Oppenheim. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 40.) Bei einem vier Wochen alten, seinem Alter entsprechend großen und gut genährten Säugling mit hereditärluetischen Hauterscheinungen und Drüsenanschwellungen traten, nachdem die Mutter 0,5 Salvarsan intramuskulär erhalten, frische syphilitische Effloreszenzen auf und Verschlechterung des Allgemeinbefindens, während in der Muttermilch Arsen in meßbaren Quantitäten nachweisbar war. Aus dem trockenen schuppigen Syphilid wurde ein schweres hämorrhagisches, blutendes, erodierendes Exanthem, das ohne neuerliche spezifische Reaktion überraschend schnell verschwand, nachdem dem Kinde selbst 0,03 Salvarsan appliziert wurde.

Verfasser berichtet dann weiter kurz über einige Fälle, in denen nach Salvarsanbehandlung Frührezidive, wie sie Bettmann beschrieben, auftraten und Pseudoprimäraffekte, wie sie von Frieboes und Hoffmann publiziert worden sind. W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Reinfektion nach Salvarsan, von E. Klausner-Prag. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 44.) Am 12. September 1911 wurde ein 49jähriger Mann in der deutschen Universitätsklinik mit einem typischen, zwei Heller großen, spirochätenhaltigen Primärsyphilid im Sulcus glandis aufgenommen. Im November 1910 war er in der böhmischen dermatologischen Klinik wegen Lues behandelt worden. Das dort aufgenommene und K. zur Verfügung gestellte Protokoll ergibt folgende Hauptmomente: typisches, spirochätenhaltiges Geschwür im Sulcus glandis dicht am Frenulum, ausgesprochene allgemeine Skleradenitis; papulo-pustulöses Syphilid am Stamm und an den Extremitäten; Wassermann positiv. Nach intramuskulärer Injektion von 0,6 Salvarsan allmähliches Abheilen aller Läsionen und Entlassung bei negativem Wassermann und vorhandener Pigmentierung im Februar 1911. K. fand an der Stelle des ersten Schankers eine etwas livide Narbe in der Nähe des Frenulum, Pigmentierung, negative Seroreaktion. Letztere wurde 8 Tage später positiv, und es trat ein deutliches, makulopapulöses Exanthem am Stamme hervor, das nach der Injektion von 0,03 Sublimat noch charakteristischer sich gestaltete. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Reinfectio syphilitica nach Salvarsanbehandlung, von Swebew. (Russki Wratsch, 1911, Nr. 38.) Die Daten über den vom Verfasser beobachteten Fall lauten kurz folgendermaßen: Am 3. Mai 1911 erhielt ein 22jähriger Kanonier der Wladiwostoker Artillerie eine intravenöse Salvarsaneingießung von 0,7 wegen Rezidiverscheinungen (Papulae ad anum, Lymphadenitis universalis). Die angebliche Infektion soll im Februar desselben Jahres stattgefunden und im März soll ein harter Schanker bestanden haben. Am 21. Mai wurde zum zweitenmal 0,9 Salvarsan intravenös injiziert. Am 15. Juni angeblicher Koitus, worauf am 20. Juni von neuem Geschwüre aufgetreten sein sollen, die am 7. Juli, als Patient sich vorstellte, den Eindruck von Mollia erweckten, zumal da eine fluktuierende Narbe bestand. Am 21. Juli wurde das eine Ulkus hart, und im Sekret ließen sich Spirochaetae pallidae nachweisen. (Der Fall erscheint nicht beweisend. Anm. des Ref.) Arth. Jordan-Moskau.

Ein neuer Fall von Reinfektion nach Salvarsanbehandlung, von Duhot. (Ann. de la policlin. centr., 1911, Nr. 10.) Unter mehreren selbst beobachteten

Digitized by Google

Fällen von Reinfectio teilt Duhot den folgenden als besonders „beweisend“ mit: 36jähriger Mann, dessen Lues aus dem Jahre 1905 stammt und der nur unregelmäßig behandelt worden war. 14. September 1910: Wassermann positiv. 22. September 1910: Papeln des Gliedes und der Unterlippe, Zungenrhagaden, Syphilis papuloulcerosa der Nasenflügel. 22. September 1910: 0,8 g Salvarsan (sauer, intramuskulär), schnelles Verschwinden der äußerlichen Symptome. 22. Dezember 1910: Wassermann negativ. 24. Dezember 1910: 0,6 g Salvarsan (sauer, intramuskulär). 2. März 1911: Wassermann negativ. 19. Mai 1911: Seit 8 Tagen ist eine deutlich indurierte Ulzeration des Sulkus 20 Tage nach einem Koitus mit einer mit Papeln behafteten Frau aufgetreten. welche die „morphologischen Charaktere eines absolut typischen Schankers aufweist“. Seit 5 Tagen sind auch die Leistendrüsen induriert. Im Ultramikroskop werden viele Spirochäten gefunden. 19. Mai 1911: 0,8 g Salvarsan intravenös in alkalischer Lösung. Zerstörung des Schankers mit dem Thermokauter. 25. Mai 1911: Wassermann stark positiv. 26. Mai 1911: 0,8 g Salvarsan intravenös in alkalischer Lösung. 7. Juni 1911: 0,8 intravenös in saurer Lösung. 5. Oktober 1911: Wassermann negativ. 18. Oktober 1911: 0,4 g Salvarsan in saurer Lösung als Kontrollinjektion. 2. November 1911: Wassermann negativ. (Ob diese Krankengeschichte als für eine Reinfektio beweisend angesehen werden kann, mag der Leser selber entscheiden. Der Ref.) Gunsett-Straßburg.

Eine Folgeerscheinung der Salvarsandarreichung, von Douglass W Montgomery und George D. Culver-San Franzisko. (New York med. journ., 25. November 1911.) Als Folge einer intramuskulären Salvarsaninjektion trat bei dem 47jährigen Manne, der schon 5 Monate vorher zwei Injektionen ohne Nachteil erhalten hatte (beide Male in einer kleinen Stadt Europas), Induration und Nekrose auf der rechten Hinterbacke auf, die nach drei Monaten nach außen aufbrach und eine Fistel hinterließ. Erwähnenswert ist, daß Patient wegen Ekzema seborrhoicum beider Fußsohlen, verbunden mit intensiver Hyperkeratosis, das Salvarsan erhalten hat, ohne daß irgend welche andere luetische Erscheinungen vorhanden waren. Mit Unguent. diachylon, mit 3% Salizylsäure gemischt, gelang es Berichterstattern, das Leiden sehr rasch bedeutend zu bessern, wenn auch nicht völlig zu beheben. Stern-München.

Salvarsan und das Nervensystem, von R. Berkovits-Nagyvárad. (Gyógyászat, 1911, Nr. 50.) Salvarsan ist unbedingt organotrop. 1. In welcher Form man es auch in das Gewebe (nicht in die Blutzirkulation) bringt, ruft es Nekrose hervor und mortifiziert die umgebenden Gewebsteile. 2. In welcher Form es auch in den Organismus kommt, so sondert es sich nach Wochen und Monaten ab, auch bei intravenöser Anwendung, denn der 34%ige Arsengehalt des Salvarsans tritt mit den Zellen des Organismus in irgend ein Verhältnis, das nur langsam gelöst wird. Schließlich 3. verbessert es wie Atoxyl und Arsazetin auch direkt die Blutbildung. Dies rechtfertigen die Blutvergiftungen. Es verbessert den Stoffwechsel, wie es die auffallende Körpergewichtszunahme beweist. Die nach der Injektion unmittelbar auftretende und oft sehr schwere Symptomengruppe beruht auf direkter toxischer Wirkung. Was Neisser sagt, steht nicht fest, nämlich daß das Endotoxin der in großer Zahl zugrunde gehenden Spirochäten frei wird und den Organismus vergiftet, denn die Symptome sind nicht für Lues charakteristisch, sondern entsprechen im großen dem klinischen Krankenbilde der akuten Arsenvergiftung. Dies wird bestätigt durch die Autopsie. Nach Salvarsaninjektionen in sonstigen Krankenfällen hat man vollkommen ähnliche Symptome beobachtet. Daß in dem Hervorrufen dieser Symptome die eventuell hypertonische Lösung einen Anteil oder daß der Keim- oder Toxingehalt des destillierten Wassers daran schuld ist, ist nicht wahrscheinlich, denn niemals rief bei Kochsalzinfusionen das sterile destillierte Wasser

Digitized by Google

die obigen Symptome hervor. Bei intramuskulären Injektionen fallen beide Erklärungen von selbst weg, und doch kommen sie vor. Nach der Salvarsananwendung treten auch zugleich Symptome im Nervensystem auf: Herpes zoster, neuritische und meningeale Reize, Lähmungen, epileptiforme Anfälle, diese Symptome hält Ehrlich für Herxheimersche Reaktion des Nervensystems. Verfasser möchte diese Symptomengruppe als zweitgradige Nebenwirkung bezeichnen. Die Nebenwirkungen dritten Grades $1^1/_2$—3 Monate nach Anwendung des Salvarsans treten auf als Lähmungen der Gehirnnerven, des Akustikus, des Optikus, des Fazialis, des Okulomotorius, des Abduzens. In einer solchen frühzeitigen Periode der Lues wurden bisher ähnliche Lähmungen nicht beobachtet, und Finger fand in dem Urin eines Patienten 9 Monate nach 0,40 Salvarsan immer noch Arsen. Ehrlich will die Nebenwirkung dritten Grades nicht als Salvarsannebenwirkung anerkennen, sondern er hält sie für Neurorezidive. Die Ursache ist die Sterilisatio fere absoluta. Salvarsan als spirillotrop gedachtes Mittel ist bei Nervenkrankheiten von Nutzen. Es ist wohl wahr, daß die meisten Besserungen nur vorübergehenden Charakters waren. Solange die Sterilisatio magna das Schlagwort war, durfte man nicht zweifeln, daß es für den Patienten nur von Nutzen sein kann, wenn er so rasch als möglich geheilt wird. Verfasser hält es für verurteilenswert, daß die Veneorologen und die „Laboratoriuminhaber" in zahllosen Fällen auch dann injiziert haben, wenn nur die positive Wassermann-Reaktion Anlaß dazu gegeben hat. Die Veneorologen können den Standpunkt vertreten, daß jeder, bei dem die Wassermann-Reaktion positiv ist, luetisch ist; die Neurologen können keinesfalls diesen Standpunkt vertreten. Die Wassermann-Reaktion ist launenhaft; nach antiluetischer Behandlung wird die bis dahin negative Reaktion positiv; andererseits verschwindet die positive Reaktion nach der Behandlung. Er konnte gar keine Gesetzmäßigkeit zwischen der Wassermann-Reaktion und dem klinischen Verlaufe der metasyphilitischen Erkrankungen feststellen, deshalb kann man mit Oppenheim aussprechen, daß man sich nicht von der Wassermann-Reaktion, sondern vom klinischen Krankenbilde leiten lassen solle. Das Auffinden des Salvarsans hat in der Therapie der Nervenkrankheiten keine prinzipielle Bedeutung. Er möchte Salvarsan in der Behandlung der Syphilis angewendet sehen, und zwar auf Grund gewisser spezieller Indikationen.

Porosz-Budapest.

Verschiedenes.

Primararzt Priv.-Doz. Leo v. Zumbusch-Wien wurde zum a. o. Professor ernannt, ebenso der mit Titel eines a. o. Professors bekleidete Priv.-Doz. Otto Zuckerkandl-Wien.

Geh. Med.-Rat Prof. E. Lesser-Berlin feiert am 12. Mai seinen 60. Geburtstag.

Prof. Sergej Petrowitsch Tomaschewskij, Präsident der dermatologischen Gesellschaft zu Kijew, feiert sein 35jähriges Jubiläum als akademischer Lehrer.

Prof. E. v. Düring verläßt im Herbst d. J. seine Stellung als leitender Arzt des Sanatoriums in Tobelbad.

Das Gesundheitsamt der Stadt New York hat sich bereit erklärt Serumuntersuchungen auf Syphilis und Gonorrhöe unentgeltlich auszuführen. Die Untersuchungen werden nur auf Veranlassung eines Arztes ausgeführt, dem dann der Bericht zugesandt wird.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

11. Mai 1912 | Nr. 19 | Band 54

Aus der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis der Wiener Allg. Poliklinik.
(Vorstand: Dozent Dr. G. Nobl.)

Zur Ätiologie der phagadänischen Genitalgeschwüre.

Von

cand. med. Norbert Türk.

Die nachfolgenden Beobachtungen, welche einige Fälle ausgebreiteter genitaler Zerstörungsformen betreffen, haben meines Erachtens ein allgemeineres Interesse, weil sie bei ihrem seltenen Vorkommnis, in der klinischen Erscheinungsweise nicht genügend gekennzeichnet sind und derart zu widerspruchsreicher ätiologischer Einschätzung Anlaß bieten. Obwohl diese Veränderungen sehr auffallende und schon der grobsinnlichen Betrachtung zugängliche Symptome — d. h. diejenigen der Gangrän — zeigen, führen sie immerhin dadurch, daß verschiedene kausal nicht zusammenhängende Prozesse, einander ähnelnde Destruktionsbilder im Gefolge haben, zu Mißverständnissen und in bezug auf die auslösenden Noxen zu weit auseinandergehenden Deutungen.

Für die wechselvolle Auslegung brandiger Hautgeschwüre liefert die Literatur ein reichliches Illustrationsmaterial.

So berichtet z. B. Nasse[1]) über einen von ihm eröffneten Leberabszeß, der mit der äußeren Haut vernäht wurde und von da aus zu einer gangränösen Veränderung der umliegenden Bauchdecke führte. In diesem Falle sollten — der Meinung Nasses nach — keine Spaltpilze, sondern Dysenterieamöben, die auch im metastatischen Leberabszeß vorgefunden wurden, kausal in Betracht kommen. Zu dieser Auffassung führte den Autor das histologische Bild, in welchem die vorhandenen Spaltpilze nur in den nekrotischen, abgestoßenen, keineswegs aber in den tieferen, von der Gangrän frisch angegriffenen und dem Zerfall erst angewiesenen Partien zu sehen waren, so daß sie von außen eingewandert und auf den Prozeß keinen Einfluß zu haben schienen. Ganz umgekehrt war das Verhalten der Amöben, die nur in den gesunden Abschnitten und zwar oft in den Gefäßen und Lymphkapillaren zugegen waren, so daß es nicht unwahrscheinlich erschien, in ihnen die Erreger dieser Hautveränderung zu sehen.

Ein spezifisches Virus glaubte auch Rotter[2]) zu züchten. Es han-

[1]) Arch. f. klin. Chir., 1892, Bd. 43.

[2]) Arch. f. klin. Chir., Bd. 48.

Digitized by Google

delte sich um eine merkwürdige, mehrere Monate dauernde und stets von neuem rezidivierende Hauterkrankung, die mit Pustelbildung begann und in den ersten zwei Wochen zu tiefreichenden gangränösen Geschwüren führte; später auftretende Primärpusteln wurden nur hämorrhagisch infarciert, zeigten aber keineswegs die Progredienzfähigkeit ihrer Vorläufer. Die fernerhin nach 5 Wochen bis 5 Monate rezidivierenden Effloreszenzen verloren auch diese Eigenschaft, waren ganz oberflächlich und heilten nach kurzem Bestehen ab. Diese Veränderung bringt Rotter mit einem von ihm gezüchteten, kurzen, plumpen Bazillus zusammen, welcher für Mäuse und Kaninchen sich pathogen erwies und auf Menschen bei 7tägiger Inkubationszeit überimpfbar war. — In der allmählichen Virulenzabnahme der neuen Schübe, sieht Rotter die Selbsthilfe des Organismus, der als Abwehr gegen die ins Blut gelangenden Toxine Antitoxine bildet, welche den Prozeß zu beeinflussen imstande sind. Demgemäß enthielt auch das Serum des Patienten Immunkörper, so daß damit vorbehandelte Mäuse, nachträgliche Kulturinjektionen ohne weiteres überstehen konnten, während Kontrolltiere auf eine viel kleinere Kulturdosis eingingen.

Zu einem ganz anderen Schluß gelangt Sorgo[1]) in der Mitteilung eines Falles von ausgedehnter Hautgangrän des ganzen Penis und Skrotums. Bei einem stark fiebernden Patienten fand er nach Reposition des paraphimotischen Präputiums ein tiefes gangränöses Geschwür, das in seinem Fortschreiten allmählich den ganzen Penis, den Mons veneris und die Skrotalhaut befiel, so daß man behufs Deckung der auf diese Weise entstandenen Wunde, zu einem plastischen Ersatz schreiten mußte. Man konnte aus dem Gewebsafte ein Bacterium fluorescens liquefaciens und aus dem Geschwüreiter „einen Bazillus der gelben Eiterung" rein züchten. Die angestellten Impfversuche waren jedoch erfolglos, so daß Sorgo gezwungen war, die ätiologische Bedeutung der erwähnten Organismen anzuzweifeln und die Veränderung als idiopathische Läsion aussprach.

Favre und Barbezat[2]) veröffentlichten im Jahre 1896 3 Fälle von „progressiven gangränösen Ulcera mollia oris", die beim ersten Patienten zu letalem Ende führten. Es handelte sich um eine 46jährige Frau, welche plötzlich unter rasch ansteigendem Fieber erkrankte. Bald stellten sich Schleimhautveränderungen der Mundhöhle ein, die sich anfangs als weiße Flecke präsentierten, späterhin das Aussehen grauschwarzer diphtheroider Membranen annahmen. Das gleiche Zustandsbild bei zweien ihrer Kinder kam zur Rückbildung. — Es sollte sich bei der Frau um einen gangränösen Schanker gehandelt haben, der die nekrotische Umwandlung erfuhr. Es gelang den Autoren auf verschiedenen Nährböden einen 0,5—1,5 μ langen Bazillus zu züchten, den sie für den spezifischen Erreger der Ulzera hielten und dem sie — im Gegensatz zum Unna-Ducreyschen Bazillus — eine viel stärkere Virulenz, wie das Angreifen intakter Schleimhaut, zuschrieben. Die Vermutungen der Verfasser sollten Impfversuche verifizieren, die zwar bei Tieren fehlschlugen, bei Menschen aber durchweg positive Resultate ergaben. Gestützt auf dieses Ergebnis gelangen Verfasser zur Annahme, daß das gangränöse Geschwür nicht, wie es

[1]) Wien. klin. Wochenschr., 1898.

[2]) Arch. f. Anat. u. Physiol., 1896, Bd. 146.

Digitized by Google

Eichhorst und Lesser annahmen, eine Komplikation des Ulcus molle sei, sondern einer ganz anderen Kategorie angehöre, also ein Ulcus sui generis sei. Was die genitalen idiopathischen Geschwüre betrifft, so unterscheidet Lesser[1]) am Penis zwei Typen; die eine entsteht durch Unterbrechung der Zirkulation im Präputium beim Auftreten einer Phimose im Anschluß an venerische Geschwüre, die zweite Art hat den Schanker selbst zum Ausgangspunkt, ist an denselben eng gebunden, zeigt eine schorfähnliche Veränderung des Geschwürgrundes, Infiltration der ganzen Umgebung und weist eine vollkommene Zerstörung der ergriffenen Texturen auf. — Matzenauer[2]) bringt die Veränderung mit dem vielbekannten Hospitalbrand in Zusammenhang. Er beruft sich auf das ähnliche Aussehen beider Erkrankungen und meint, daß den verschiedenen Formen des Hospitalbrandes — also der ulzerösen, pulpösen, diphtheritischen und hämorrhagischen — auch verschiedene Formen der gangränösen Geschwüre entsprechen, je nachdem der Grund derselben eitrig, gelatinös, schlammartig, pastös oder diphtheritisch belegt aussieht. Er berichtet auch über zahlreiche schwere Fälle, welche sämtlich wie Hospitalbrand mit hohem Fieber einsetzten, einen penetrant fauligen Geruch verbreiteten und rasche und tiefe Zerstörung herbeiführten; so z. B. beobachtete er ein in der Crena ani liegendes Geschwür, das bis auf den Knochen reichte, den Sphincter ani zerstörte und entlang des Rektums zu kriechen begann. Bei einem anderen Patienten kam es zur Zerstörung des Skrotum und der so bloßgelegten Testikel. Bei einigen Kranken führte der foudroyante Zustand zu völliger Destruktion des Penisschaftes, so daß von diesem nur ein kurzer Stumpf zurückblieb.

Was das Wesen dieses Prozesses betrifft, so spricht sich Matzenauer entschieden dagegen aus, daß gangränöse Geschwüre als Formen der vernachlässigten, unsauber gehaltenen venerischen Ulzera zu deuten seien; vielmehr vertritt er die Ansicht, daß einfache Läsionen, venerische Geschwüre, eventuell luetische Primäraffekte, den Ausgangspunkt spezifischer Affektionen abgeben, welche dann den gangränösen Zerfall bedingen. Matzenauers Kulturversuche ergaben einen leicht zu züchtenden, auch im Abstrichpräparat konstant sich vorfindenden 3—4 μ langen und 0,4 μ breiten, an den Enden leicht abgerundeten Bazillus, der jedoch nicht überimpfbar war, also nicht als absolut spezifisch angesehen werden konnte.

Einen abweichenden Standpunkt nimmt Scherber[3]) ein, der die im Präputialsack vorkommenden Ulcera gangraenosa mit der Balanitis errosiva in Zusammenhang bringt. Erreicht das Balanitisvirus eine größere Aktivität, so kann dasselbe nach Scherbers Meinung ins subkutane Penisgewebe eindringen und so das Zustandekommen ausgebreiteter, trichterförmiger, in toto graubrau belegter, stark entzündeter und schmerzhafter Geschwüre bedingen. Das Auslösen der Affektion schreibt Scherber zwei aus dem Abstrich kultivierten Mikroorganismen zu: einem 2 μ langen, Gram positiven Vibrio und einer 4—16 μ langen Gram negativen Spirochäte.

---

[1]) Lesser: Lehrb. d. Hautkrankh.

[2]) a. Arch. f. Derm. u. Syph., 1901, Bd. 55.
b. Matzenauer: Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh.

[3]) In Handbuch d. Geschlechtskrankh., hrsg. von Finger u. a. 1. Bd.

Digitized by Google

Von französischer Seite möchten RAPPIN[1]), den Bazillus pyocyaneus und VINCENT[2]), einen Gram negativen Bazillus für die Affektion verantwortlich machen. Andere Forscher wie FOURNIER[3]), BONNIÈRE DE LUZELLERIE[4]), EMERY[5]) stellen den Prozeß als idiopathisch hin.

Im vorigen Jahre berichtete GAUCHER[6]) über einige Fälle von Ulcus gangraenosum, die sämtlich im Präputialsack ihren Sitz hatten und mit Heißluftbehandlung günstig beeinflußt werden konnten. Was die Ätiologie betrifft, so ist GAUCHER geneigt, die Fälle mit Lues in Zusammenhang zu bringen, obwohl die Anamnese der Beobachtungen nicht in allen Fällen hierfür genügende Anhaltspunkte bietet. Nach seiner Zusammenstellung scheint es sich um gangränöse Balanopostitis gehandelt zu haben, die in den Fällen I, II, III spontan, im IV und V im Anschluß an eine Sklerose und im VI. an ein venerisches Geschwür aufgetreten ist. — Diese Zustände, die alle eine starke Progredienz des Zerfallsprozesses aufwiesen, reagierten nach GAUCHERS Bericht vorzüglich auf Heißluftbehandlung (700°).

Die wenigen Angaben zeigen deutlich genug, wie schwierig es ist mit Sicherheit zu entscheiden, ob ein brandiger Substanzverlust am Genitale im Sinne eines Hospitalbrandes, eines Ulcus venereum, einer Balanitis, eines durch trophische Störungen oder sekundäre Infektion ins Leben gerufenen Zerfallsprozesses, oder endlich einer idiopathischen, spontan auftretenden Affektion, zu deuten ist. Die Möglichkeit des idiopathischen Auftretens wurde von vielen Dermatologen zur Seite geschoben und als differentialdiagnostische Merkmale der Gruppen des Hospitalbrandes, des Ulcus venereum und der Balanitis folgende Züge hervorgehoben: Der Hospitalbrand weist einen tiefroten, mit kleinen Hämorrhagien durchsetzten Grund und Rand auf und sezerniert kein flüssiges Exsudat; das Ulcus venereum und die Balanitis errosiva zeigen eine lebhaft rote Entzündung des Grundes und des zackigen, unterminierten Randes und produzieren einen dünnflüssigen, übelriechenden Eiter. Das histologische Bild weist auch demgemäß bei der ersten Gruppe einen Entzündungsprozeß mit Produktion eines tiefgreifenden fibrinösen Exsudates und mit Auftreten einer frühzeitigen Koagulationsnekrose, bei der zweiten eine Entzündung mit Rundzelleninfiltration und Produktion eines seröseitrigen Sekretes.

Mit den angeführten Krankheitskategorien ist aber bei weitem nicht die Zahl der Prozesse erschöpft, deren Teilerscheinungen oder Initialveränderungen gelegentlich gangränöse Formen annehmen können. So ist es zur Genüge geläufig, daß der luetische Primäraffekt mitunter völlig

---

[1]) Presse méd., 1895.
[2]) Ann. de l'institut Pasteur, 1896.
[3]) Semaine méd., 1883.
[4]) Thèse de Paris, 1887.
[5]) Thèse de Paris, 1896.
[6]) Bull. de la soc. de Derm. et syph., 6. Juillet 1911.

Digitized by Google

seinen Charakter verleugnet und sich unter der Maske eines gangränösen Geschwüres präsentiert. Nobl[1]) stellte in der Gesellschaft der Ärzte (Wien, 31. V. 1907) einen kräftig gebauten, nicht dem Potus huldigenden Mann vor, der ursprünglich einen frischen Luesherd am Präputialrand aufwies. Durch eine exquisite Zerfallstendenz ausgezeichnet, streifte die Infektion in ihrem Zerstörungszuge das ganze Präputium, die Glans, die Corpora cavernosa und die Uretra, so daß der Penis zu einem kurzen Stumpf entstellt wurde.

Insolange keine eindeutigen Beweise für die Spezifität des Ulcus gangraenosum vorliegen, wird man sich bequemen müssen, die Affektion als eine von lädierten Stellen ausgehende und durch verschiedenartige Mikroorganismen hervorgerufene — vielleicht aber auch spontan auftretende — Läsionsform aufzufassen. Man kann in ihr eine eigenartige Gangränform nur insofern erblicken, als sie streng von anderen, auch zur Zerstörung führenden Veränderungen, wie „Gangréne foudroyante", Gasphlegmone, Nosokomialgangrän u. a. gesondert werden kann.

Zur Polymorphie brandig zerfallender Genitalgeschwüre steuern überdies noch jene schwer agnoszierbaren Läsionen bei, die durch Tuberkelbazillen und den Erreger der Plaut-Vincentschen Angina bedingt erscheinen. Endlich sei noch einigen auch ähnlich aussehenden, aber ganz abweichenden Prozessen Erwähnung geschenkt. So kann auch die genuine Diphtherie ausgedehnte Geschwüre provozieren; dieselben sind zwar den sogenannten diphtheritischen klinisch ganz ähnlich, da beide einen starren festhaftenden Belag aufweisen, doch gestattet der Nachweis des Bazillus und der Impfversuch immerhin die Feststellung der echten Diphtherie.

So berichtet Marschalko[2]) über die Beobachtung eines $1^1/_4$ Jahr alten Mädchens mit an den Mundwinkel, Gesicht, Schläfe, Ohrmuscheln und Schamlippen lokalisierten ausgedehnten Geschwüren, die mit fest anliegenden Belägen bedeckt waren und neben Strepto- und Staphylokokken auch Löfflersche Bazillen enthielten. Bei der Sektion waren auf den Mandeln kleine Ulzerationen zu konstatieren, deren Ausstrich ebenfalls den spezifischen Keim enthielt.

In einer eingehenden Studie über die Plaut-Vincentsche Angina möchte Rona[3]) die zugehörige Mandelveränderung als Muttererkrankung der Nosokomialgangrän und der echten phagedänischen genitalen Schanker insofern anerkennen, als das Ausstrichpräparat der letzteren oft auch Spirillen und fusiforme Bazillen aufweist und für die Verschleppung der im Munde saprophytisch vegetierenden Keime reichlich Gelegenheit (Speichel) gegeben ist. (Schluß folgt.)

[1]) Wien. klin. Wochenschr., 1907.

[2]) Orv. Hetilap, 1908. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm., 1909.

[3]) Arch. f. Derm., 1908.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen und venereologischen Klinik der Kgl. Universität Turin. (Vorstand: Prof. S. Giovannini.)

Die Hochfrequenz- und Hochspannungsströme bei der Behandlung einiger Hautkrankheiten.

Von

Dr. Artur Fontana, Oberassistent.

(Mit 5 Abbildungen.)

(Schluß.)

Zerstörende Wirkung.

Brocq muß zwar zugeben, daß in einzelnen Fällen die Effluvien flache Warzen des Gesichts ohne Narbenbildung zum Verschwinden brachten, glaubt aber, diese Wirkung könne auf eine Suggestion zurückgeführt werden. Stern, Mac Kee und Winkler sind hingegen darüber einig, daß der Funkenbehandlung eine Wirksamkeit zuzuschreiben ist.

Auch wir haben mit diesem Behandlungsmittel bei 13 Patienten mit Verrucae gute Resultate erzielt.

Die einzige Ausnahme bildet folgender Fall.

B. C., 32 Jahre alt, Ackerbauer, behaftet mit einigen hundert Warzen, welche über den Rücken, die Handteller, die Vorderarme, das Gesicht und die behaarte Kopfhaut zerstreut sind. Die Hochfrequenzstrombehandlung blieb nur bei den Warzen der Handteller oder bei den sonstwo gelegenen sehr großen Warzen wirkungslos. Diese hatten übrigens zahlreichen anderen energischen Zerstörungsmitteln getrotzt, mit welchen zahlreiche Versuche gemacht worden waren. In diesem Fall können die günstigen Resultate, welche erzielt wurden, jedenfalls nicht durch eine Suggestionswirkung erklärt werden, weil wir konstatierten, daß nur die behandelten Warzen ausheilten. Um eine Vorstellung von der Schwere und Ausdehnung des Übels zu geben, möge erwähnt werden, daß 23 Sitzungen vorgenommen und bei jeder derselben nicht weniger als 15—20 Warzen behandelt wurden.

Oudin und Barthelemy behaupten, mit den Funken der Kondensatorelektrode venerische Vegetationen zerstört zu haben. Wir konnten hingegen bei unsern Patienten weder mit den Effluvien, noch mit der Kondensatorelektrode, noch mit der ja sehr schmerzhaften und unerträglichen Funkenbehandlung Portionen von spitzen Kondylomen zerstören oder zum Verschwinden bringen.

Digitized by Google

Dagegen konnten wir, ebenso wie Oudin, Barthelemy, Strauß und Stern beobachten, daß, besonders wenn man das Strebelsche Verfahren anwendet, eine selbst kurzdauernde Einwirkung der kleinen Funken ein rasches und bleibendes Verschwinden der Mollusca contagiosa bedingt.

Bergonié, Laquerbière und andere Autoren haben bei flachen Angiomen mit der Behandlung mit der „aigrette", vereinigt mit zahlreichen kleinen Funken teilweise Erfolge erzielt; wir haben zwei kleine flache Angiome ohne Erfolg und ein erbsengroßes tuberöses Angiom in fünf Sitzungen mit gutem Resultat behandelt.

Aspinvall, Judd und Wassilides behaupten, mit der Kondensatorelektrode bei Pigmentnävi und Sommerflecken gute Resultate erzielt zu haben. Foveau de Courmelles wendete 1908 den Hochfrequenzstrom bei schwärzlichen und gelblichen Flecken der Haut, welche einer langdauernden Radiumbehandlung hartnäckig getrotzt hatten, mit ästhetisch guten Resultaten an. Er ließ auf die Flecken zahlreiche 2 cm lange Funken drei Minuten lang durch eine besondere Elektrode aus blauem Glase einwirken. Auch Mac Kee wendete die Funkenbehandlung an und erklärte sich mit den erhaltenen Resultaten zufrieden.

Unsere Versuche bei Pigmentflecken wurden hingegen von keinem Erfolg gekrönt.

Oudin glaubte eine therapeutische Wirkung des Hochfrequenzstromes auf den Lupus vulgaris beobachtet zu haben. Einige Zeit später, d. h. 1900, berichteten Gaston und Didsbury in der Dermatologischen Gesellschaft in Paris über einen mit der Oudinschen Methode objektiv geheilten Fall von Lupus der Nasenschleimhaut. Bei der Diskussion, welche auf diese Mitteilung folgte, äußerten Brocq und andere ihren diesbezüglichen Skeptizismus und ihre Vermutung, daß die beobachtete Besserung hauptsächlich die perilupösen Läsionen interessiere und daß die Lupusknoten unverändert blieben. Später haben Gaston und Chabry zusammen Versuche mit der Funkenbehandlung gemacht und auch geglaubt, eine Heilung erzielt zu haben.

Angesichts dieser ungünstigen Resultate, welche die verschiedenen angewendeten Methoden gegeben hatten, schlug Strebel 1909 eine eigene Methode vor, mit welcher er glaubte, die lupösen Knoten weitgehend verändern und selbst zerstören zu können. Er glaubte, man könne, wenn man die Funken 10 bis 25 Sekunden auf die Lupuläsionen bis zur Herbeiführung einer Art Phlyktäna wirken ließe, eine entzündliche Reizung hervorrufen, auf welche das Verschwinden der krankhaften Gewebe und die Entstehung einer leicht eingesunkenen Narbe folge, d. h. er glaubte, daß eine mechanische, elektrolytische und thermische Wirkung zustande

Digitized by Google

käme, deren Endeffekt das Absterben der befallenen Zelle wäre, und daß zu gleicher Zeit die Zerstörung der die Knoten umgebenden Gefäße die Ernährung der Tuberkeln und Gewebe verhindere, so daß diese als Fremdkörper ausgestoßen würden.

Während Stern dieser Anschauung zustimmte, bestätigte Brocq seine 1900 geäußerte Meinung. Andererseits hatte das Auftreten der Finsen-Therapie zur Folge, daß alle diese Untersuchungen in Vergessenheit gerieten.

Erst ganz vor kurzem haben Zimmern und Louste, zusammen mit Wassilides, die Frage wieder aufgenommen. Die beiden ersten haben nämlich vorgeschlagen, der Hochfrequenzstrombehandlung eine lineare Skarifikation vorauszuschicken, während Wassilides den Vorschlag machte, die Hochfrequenzstrombehandlung mit der Röntgenbestrahlung zu vereinigen. Wir haben mit der Methode Strebels bei vier Kranken Versuche ausgeführt, aber so spärliche Resultate erzielt, daß wir von einer Fortführung der Experimente Abstand nehmen mußten. Andererseits haben Bergonié und Tribondeau nachgewiesen, daß die Wirkung der Funken eine sehr oberflächliche ist, und nicht tiefer als 1—2 mm eindringt, so daß es unmöglich ist, einen günstigen Erfolg bei Lupusknoten zu erzielen.

Reparierende Wirkung.

Neuerdings ist die bedeutende Aktivität und Rapidität der Reparation und die Vollkommenheit der Narbenbildung bei gewissen Kranken aufgefallen, welche mit dem Hochfrequenzstrom behandelt wurden.

Oudin teilte 1897 auf dem Moskauer Kongreß mit, er habe mit der Kondensatorelektrode die Heilung von torpiden Ulzerationen des Gebärmutterhalses erzielt. Dagegen konnte Strauß, der bei den auf diese Weise behandelten Geschwüren an einem Bein keine Neigung zur Narbenbildung sah, sich von einer solchen therapeutischen Wirkung nicht überzeugen. Oudin betonte 1905 wieder, zusammen mit Bonneaux, die früher behauptete reparierende Wirkung des Hochfrequenzstromes, und ihre Angaben wurden von Gaucher und Mac Kee bestätigt. Später gelang es Gaucher, zusammen mit Brocq und Laffont, zwei an Ulcus perforans der Fußsohle leidende Kranke zu heilen, so daß Gaucher glaubte, die Anwendung des d'Arsonval-Tesla-Stromes bei allen torpiden Wunden empfehlen zu können, und seine diesbezüglichen Behauptungen von Lacapère, Zimmern und Louste bestätigt wurden.

In einem Fall wurden drei nicht sehr tiefe atonische Geschwüre der Vulva, welche seit einiger Zeit den gewöhnlichen therapeutischen Eingriffen hartnäckig widerstanden, durch zehn kurzdauernde Sitzungen

Digitized by Google

mit Funkenbehandlung geheilt, während bei einer Ästhiomene, diesem bekanntlich jeder Therapie trotzenden Hautleiden, die Hochfrequenzstrombehandlung erfolglos blieb.

Der Hochfrequenz- und Hochspannungsstrom hat schließlich auch auf dem Gebiete der Therapie des Lupus erythematodes zu lebhaften Diskussionen Anlaß gegeben und zu zahlreichen Arbeiten angeregt.

Erst 1897, d. h. drei Jahre nach der Veröffentlichung der ersten Arbeiten Oudins, haben Bisserié und Brocq über günstige Resultate berichtet, welche in 10 Fällen erzielt wurden, von denen 4 heilten und 6 nach 14—18 Applikationen der Kondensatorelektrode eine Besserung zeigten. Camels, Gastou, Chabry und Rieder bestätigten diese Beobachtungen, gaben aber an, nur rasche Besserungen, aber keine Heilungen erzielt zu haben.

Brocq und Bisserié haben 1900 ihre bei zahlreichen Versuchen erzielten Resultate dahin zusammengefaßt, daß diese Behandlungsmethode zwar keine unfehlbare, aber immerhin eine sehr wirksame, besonders bei oberflächlichen Formen von Lupus erythematodes sei. Sie konnten in der Tat in 62 Fällen 33 mal eine Heilung erzielen. Sie wendeten ausschließlich die Kondensatormethode an und machten kurze und leichte Applikationen, weil sie ähnliche gefährliche Reaktionen befürchteten, wie sie zu jener Zeit bekanntlich infolge Röntgenbestrahlung mehrfach beschrieben wurden. Sie mußten zugeben, daß jede Behandlung wenigstens 27 bis 70 Applikationen erforderte. Barthélemy mußte neben Erfolgen über Mißerfolge berichten, ohne die Ursachen dieser Verschiedenheit der Resultate angeben zu können. Die Ansichten Pielickes sind hingegen entschieden skeptisch; dieser Autor konnte bei seinen Kranken nach langdauernder, monatelanger Behandlung nur ganz geringe Besserungen erzielen.

Strebel, Stern, Mac Kee und andere Autoren machten den Vorschlag, die Behandlung mit der Kondensatorelektrode durch die wirksamere Funkenbehandlung zu ersetzen, um der dem Hochfrequenzstrom eigenen Wirkung eine zerstörende kauterisierende Wirkung beizugesellen. Stern mußte jedoch bei 40 anscheinend geheilten Fällen später zahlreiche Rezidive konstatieren.

Neuerdings haben Zimmern und Louste, von der Annahme ausgehend, daß die geringe Wirksamkeit des Hochfrequenzstromes bei dem Lupus erythematodes, besonders bei der Dauerform, darauf zurückzuführen sei, daß die Wirkung der Effluvien und der Funken nicht sehr tief eindringen könne, vorgeschlagen, die Behandlung mit den Kondensationsfunken mit der Schröpfung zu vereinigen, und behauptet, auf diese Weise bei zwei Patienten durch vier resp. fünf Sitzungen eine Heilung erzielt zu haben.

Digitized by Google

Die von uns behandelten Fälle von Lupus erythematodes waren alle sehr schwer und ausgedehnt und waren bereits lange Zeit, sei es mit Röntgenstrahlen, sei es mit Finsenlicht, sei es mit Kohlensäureschnee, mit Salben usw., fast stets mit wenig Erfolg behandelt worden. Von neun Patienten bekamen zwei 4 Behandlungen, einer 3, zwei 2 und die übrigen eine. Jede Behandlung umfaßte 4 bis 104 Sitzungen; bei drei Patienten erfolgten im Laufe mehrerer Jahre 311, resp. 159, resp. 107 Sitzungen. Im Durchschnitt behandelten wir die Kranken dreimal wöchentlich, seltener in größeren Zeitabständen.

Fig. 4.

Fig. 5.

Von diesen Kranken heilte ein einziger, wenigstens anscheinend, nach zweijähriger Behandlung. Es handelte sich um einen 16 jährigen Arbeiter mit verschiedenen oberflächlichen Lupus erythematodes-Flecken auf der Nase, welcher bereits erfolglos mit einer Pyrogallussalbe behandelt worden war. Nach 21 Sitzungen mit Funkenbehandlung trat eine anscheinende Heilung ein; einige Flecken rezidivierten im folgenden Jahr, und weitere 13 Applikationen führten eine anscheinend vollständige Heilung herbei, welche bis jetzt, mehr als 6 Monate nach den letzten Sitzungen, fortbesteht.

Bei allen übrigen Kranken trat nur eine Besserung ein, welche übrigens in einigen Fällen eine wirklich auffallende war.

Erwähnen möchte ich nur noch einen Fall, in welchem eine bedeutende Besserung eintrat, wie durch die Fig. 4 und 5 dokumentiert wird, in welchen die Patientin vor und nach der Behandlung abgebildet ist. Diesbezüglich sei jedoch bemerkt, daß der Erfolg nicht ausschließlich auf die Hochfrequenzstrombehandlung, sondern auch auf radio- und

Digitized by Google

phototherapeutische und auf Kohlensäureschneebehandlung zurückzuführen ist, welche teils in unserer Klinik, teils anderswo angewendet wurde.

Unter allen Anwendungsmethoden bewährte sich uns am besten die Funkenbehandlung nach STREBEL.

Wir hatten in keinem Falle über unangenehme oder üble Folgen oder Zwischenfälle bei der Behandlung zu klagen; diese wurde stets gut vertragen und von den Kranken selbst verlangt, wie aus der großen Anzahl von Sitzungen hervorgeht. Wir sind sehr entfernt von der großen Begeisterung der französischen Dermatologen, welche den Hochfrequenzstrom zu solchen Zwecken zuerst anwendeten; wir glauben aber, auf Grund unserer Erfahrung diese Behandlung bei zahlreichen Hautkrankheiten und besonders bei solchen empfehlen zu können, wo eine beruhigende, eine revulsive oder eine zerstörende Wirkung erforderlich ist.

Literatur.

1. D'ARSONVAL, Production des courants de haute frequence et haute intensité, leur effects physiologiques. Soc. de biol., Februar 1893.
2. Derselbe, Action des courants alternatifs á grande frequence. Arch. de physiol., 1893.
3. OUDIN, Action analgesique des courants de h. f. Bull. officiel. de la soc. d'électrother., 13. V. 1893.
4. Derselbe, Nouveau procedé de transformation des courants de h. f. L'électricien, 5. VIII. 1893.
5. Derselbe, Transport des metaux par l'etincelle de h. f. Bull. Soc. d'électrother., 15. III. 1894.
6. Derselbe, De l'action des courants de h. f. et h. t. sur quelques dermatoses. Bull. de la soc. de derm. et syphil., August 1894.
7. D'ARSONVAL, Action thérapeutique et physiologique des courants de h. f. Comptes rendus de l'Ac. des Sciences, Juli 1896.
8. OUDIN, Action thérapeutique locale des courants de h. f. Comptes rendus de l'Ac. des Sciences, Juni 1897.
9. OUDIN et BARTHÉLEMY, Traitement des affections de la peau et des muqueuses par l'électricité. Ann. de Derm. et Syphil., 1897.
10. BISSERIÉ, Traitement du lupus eritemateux par les courants de h. f. Journ. de med. et chir. prat., 25. III. 1898.
11. CAMELS, L., Des divers traitements du lupus eritemateux et en particulier du traitement par les courants de h. f. Ann. de Derm. et Syphil., 4. V. 1898.
12. OUDIN, Sur le resonnateur et sur l'effluve de resonnance. Comptes rendus de l'Ac. des sciennces, 1898.
13. Derselbe, Action des courants de h. f. dans les maladies de la peau et des muqueuses. Arch. d'électr. med., 1898.
14. STRAUß, A., Über die Behandlung der Hautkrankheiten mit hochgespannten Wechselströmen. Derm. Ztschr., 1898, S. 646.
15. GASTOU et CHABRY, Essais d'application au traitement des dermatoses localisées ou generalisées des methodes d'électrothérapie. Ann. de Derm. et Syphil., 1900, S. 386.

Digitized by Google

16. Gastou et Didsbury, Essais du traitement du lupus nasale pituitaire par les courants électriques de h. f. et h. t. en applications locales. Comptes rendus Soc. de derm. et syphil. de Paris, 7. VI. 1900. Ref. in Ann. de Derm. et Syphil., 1900, S. 727.
17. Gastou, Chabry et Rieder, Action thérapeutique des methodes électrotherapeutiques sur les dermatoses. Ann. de Derm. et Syphil., 1900.
18. Brocq et Bisserié, Nouvelle instrumentation pour le traitement du lupus eritemateux avec les courants de h. f. Ann. de Derm. et Syphil., 1900.
19. Bisserié, Traitement du lupus eritemateux avec les courants de h. f. Journ. de med. et chir. pratique, 25. II. 1901.
20. Schiff, Mitteilung bei dem VI. Kongreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft, 1901. Ref. in Derm. Ztschr., 1901, Heft 3.
21. Pielicke, Mitteilung bei dem VI. Kongreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft, 1901. Ref. in Derm. Ztschr., 1901, Heft 3.
22. Lebon, H., Traitement des maladies cutanées et veneriennes avec les courants de h. f. Ann. de thérap. derm. et syphil., 1901.
23. Freund, L., Über die Behandlung von Dermatosen mit Spannungselektrizität. Monatsh. f. prakt. Derm., 15. VII. 1901.
24. Strebel, Zertrümmerung des Lupus mit Hochfrequenzfunken. Derm. Ztschr., 1904.
25. Lustgarten, A case of lupus erythematosus treated by the high frequency current. Journ. of cutan. dis., April 1904.
26. Derselbe, Lupus erythematosus cured by the high frequency spark (Strebel). Journ. of cutan. dis., Mai 1905.
27. Gaucher, Les courants de h. f. dans le traitement des ulcères de la jambe. Journ. des mal. cutan. dis., September 1905.
28. Mac Kee, G., Cura di ulcerazioni cancerose, erpetiche, e varicose colle scintille di alta frequenza. Journ. of cutan. dis., Dezember 1905.
29. Wassilides, D., Combinazione dei raggi X e delle correnti di alta frequenza nelle malattie cutanee e neurotrofiche (in greco).
30. Derselbe, Le traitement de la pelade par le courants de h. f. Arch d'électr. med., 10. II. 1906.
31. Laquerrière-Loubier, Quelques cas traités par l'étincelle de resonnance. Bull. de la soc. d'electr. et de rad., Juli 1906.
32. Prunai, G. B., Alta frequenza. Resoconto dell' istituto fototerapico di firenze, 1906.
33. Bordet, Pelade infantile rebelle traitée par la h. f. Assoc. franc. pour l'avanc. des scien., 1907.
34. Morton, On the value of the high frequency spark as a local treatment. Lancet, 1. VI. 1907.
35. Nagelschmidt, F., Zur Indikation der Behandlung mit Hochfrequenzströmen. Dtsch. med. Wochenschr., 1907, Nr. 32.
36. Stern, S., Mitteilungen bei dem VII. internat. Kongreß für Dermat. und Syphilis in New York, 1907, Ref. in Amer. Journ. of Derm., April 1908.
37. Kahane, Über Hochfrequenzströme. Mitteilungen bei dem II. internat. Kongreß für physikalische Therapie in Rom, Oktober 1907. Ref. in Dtsch. med. Wochenschr., November 1907.
38. Laqueur, A., Über Hochfrequenzströme. Mitteilung bei dem II. intern. Kongreß für physikalische Thherapie in Rom, 13.—16. Oktober 1906. Ref. in Ann. d'électr. et rad., März 1908.
39. Doumer et Thibaut, Prurit anal guéri par la h. f. Ann. d'électr. et rad., November 1907.

Digitized by Google

40. Wassilides, D., Les courants de h. f. Ann. d'électr. et de rad., November 1907.
41. Morton, Impiego locale dell' alta frequenza. Lancet 1907, Nr. 437.
42. Stern, S., X rays and high frequency currents in Dermatology. Amer. Journ. of Derm., April 1908.
43. Nagelschmidt, Günstige Erfolge bei Pruritus ani mit Hochfrequenzströmen. X. Kongreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft, Frankfurt, 8. Juni 1908.
44. Zimmern et Louste, Application combinée des scarifications et de la haute frequence en therapeutique dermatologique. Soc. de derm., Paris, 2. Juli 1908.
45. Lenglet et Sourdeau, Association de l'ionisation électrolitique à la haute frequence etc. Bull. de la Soc. de derm., Paris, 2. Juli 1908.
46. Bonnefoy, E., Physiologische Wirkung der Hochfrequenzströme. Ztschr f. neuer physik. Med., 1908, Heft 6, 7, 10.
47. Foveau des Courmelles, De certaines tâches cutanées resistants au radium et disparaissant par l'étincelle de h. f. Academie des sciences de Paris, November 1908.
48. Bergonié et Tribondeau. Effects de la fulguration sur le testicule du rat. Comptes rendus de la Soc. de Biol. de Paris, 1908, Nr. 33.
49. Dieselben, Effects de la fulguration sur le foie normal du lapin. Comptes rendus de la Soc. de Biol. de Paris, 1908, Nr. 36.
50. Dieselben, Effects de la fulguration sur le rein normal du lapin. Comptes rendus de la Soc. de Biol. de Paris, 1908, Nr. 37.
51. Dieselben, Effects de la fulguration sur le foie du lapin comparée l'élektrolise en. Comptes rendus de la Soc. de Biol. de Paris, 1908, Nr. 38.
52. Oudin, Traitement électrique de l'acné. Arch. d'électr. med., 10. Mai 1909.
53. Mac Kee, G., The local application of a current of high frequency by means of a pointed metallic electrode. Its use in dermatology. Journ. of cutan. dis., Juni 1900.
54. Malcom Morris, Mitteilung bei dem XV. intern. Kongreß für Nedicin in Budapest, 29. August bis 4. September 1909.
55. Wassilides, Le traitement de la calvitie par le courants de h. f. Ann. d'électrobiologie et de radiologie, November 1909.
56. Freund, L., Beiträge zur Behandlung mit Hochfrequenzströmen. Med. Klinik, 1909, Nr. 50.
57. Gaucher, Brocq et Laffont, Traitement du mal perforant plantaire par les étincelles de h. f. Bull. de la soc. de derm., Paris, 3. März 1910.

Versammlungen.

Geehrter Herr Collega!

Die freundliche Aufforderung, den Leserkreis der Dermatologischen Wochenschrift über die Ergebnisse des

7. internationalen Dermatologenkongresses (8.—13. April 1912)

in einer kurzen Übersicht zu unterrichten, habe ich in freudiger Bereitwilligkeit übernommen, war doch hiermit die Verpflichtung gegeben, das Verhandlungspensum mit erhöhter Aufmerksamkeit zu verfolgen und auch jenen zur Diskussion stehenden Fragen ein regeres Interesse entgegenzubringen, welche dem eigenen Arbeitsfelde ferner liegen. Die Schwierigkeit dieser Aufgabe hatte ich indes weit unterschätzt, bedurfte es doch einer gewissen Überwindung, in dem historischen Milieu des Castel St. Angelo, in Nachbarschaft der vatikanischen Schätze und von St. Pietro, die dichte Folge monoton herabgelesener fremdsprachiger Beiträge zu verfolgen und selbst in den Nachmittagsstunden

Digitized by Google

die blühenden herrlichen Anlagen des Pincio und Janikulus mit dem Verhandlungssaale zu vertauschen. Es war dies, wie ich von vornherein bemerken möchte, mehr ein Vortrags- als Demonstrations- und Diskussionskongreß, bei welchem, von der animierten Salvarsandebatte abgesehen, kaum eine der vertretenen Thesen eine lebhaftere Meinungsäußerung zu provozieren imstande war.

Um die Demonstration interessanter Krankheitsfälle haben sich nur wenige Herren bemüht, von diesen möchten wir Fiocco (Venedig), Bertarelli (Mailand), Passini (Mailand), Terzaghi (Rom) hervorheben. Es bot sich Gelegenheit, die formenreichen Varianten der Pellagra (Fiocco), die Charakteristik der Parakeratosis Mibelli (Passini), die Eigenheiten der in Brasilien (St. Paolo) heimischen Bubas (Verotti-Neapel) kennen zu lernen. Eine reich beschickte Moulagenausstellung der Kliniken De Amicis (Neapel), Bertarelli (Mailand), Mazza (Pisa) zeigte neuerdings, daß die Treue der Reproduktion doch wesentlich von der Art des Materials abhängig ist, trotz feinster Farbentreue läßt die in Italien ausschließlich verwendete Wachstechnik die Charakteristik des Reliefs nicht aufkommen. In struktureller Genauigkeit und im koloristischen Effekt ergänzte diese Kollektionen eine Wiener Sammlung (Nobl) bestens.

In wesentlicher Verschiebung der kardinalen Diskussionsfrage, die sich mit den Möglichkeiten einer Immunisierung und abortiven Syphilisbehandlung befassen sollte, hatten die Referenten vorzüglich zur langen Reihe jener Vorträge Stellung zu nehmen, die sich um die Salvarsanbehandlung gruppierten und auf Antrag Fingers aus der zerstreuten Anordnung des Verhandlungsplanes zusammengezogen wurden. In erfreulichem Gegensatz zur Karlsruher Naturforscherversammlung und dem Frankfurter Neurologentag kam eine weitreichende Übereinstimmung in der Einschätzung der Chemotherapie zum Ausdruck. Die glänzenden Vorzüge des Salvarsans wurden von Finger ebenso als von Milian, Gaucher (Paris), Truffi (Savona), Bertarelli, Rosenthal, E. Hoffmann, Nobl, Scholtz, Marschalko, Leredde, Photinos (Athen), Philaretopulo, Ehlers (Kopenhagen), Audry (Toulouse) u. a. anerkannt. Doch machten sich mahnende Stimmen gegen die neuerdings zum System erhobene Überdosierung geltend (Finger, Ehlers, Nobl, Rosenthal). Ebenso wurde die optimistische Einschätzung der Wirkungsäußerungen bei Metalues (Milian, Leredde), zurückgewiesen. Das Gebiet der Neurorezidive, der modifizierten Eruptionsformen und Salvarsanschäden streiften die Darlegungen von Marschalko, Oppenheim, Donagh (London), Capelli (Florenz), Verotti (Neapel), Hecht (Prag). Die zahlreichen Vorschläge für ein kombiniertes Vorgehen bei der abortiven Syphilisbehandlung und die vorsichtige Fassung der erzielten Ergebnisse (Nobl, Hecht, Oppenheim, Hoffmann) bezeugten neuerdings, wie dürftig der Vorsprung ist, den die zweijährige Salvarsanära dem Bekämpfungswerk zu sichern verhalf.

Mit der Wertung der Wassermannreaktion und ihrer auslösenden Faktoren haben sich zahlreiche Beiträge befaßt, die nicht nur für die prognostische Einschätzung des Phänomens, sondern auch für die Beurteilung desselben im Aktionsplane der intermittierenden Behandlung wertvolle Fingerzeige lieferten. Die Schwankungen der Komplementablenkung unter dem Einfluß der Salvarsanbehandlung haben die Untersuchungen von Müller (Wien), Blumenthal (Berlin), Milian (Paris), Ledermann (Berlin), McDonagh, Cipolla (Palermo), Sipari und Mariotti (Neapel), an datenreichem Material illustriert. Die Bedeutung der verschiedenen Antigene beleuchtete ein Vortrag Müllers; Hechts Untersuchungen (gemeinsam mit Lederer) zeigten, daß aktive Sera die unspezifischen Hemmungen nicht vermehren, wenn mit wohl austitrierten Extrakten in spezifischer Dosis und nach Ausschaltung des Alkohols gearbeitet wird (0,1 cm Serum und 0.05 Komplement). Biochemische Prüfungen des Blutserums führten Klausner (Prag) zu dem Resultat, daß die nach ihm benannte Fällungsreaktion nicht auf einer

Digitized by Google

Vermehrung der Globulinfraktion des Luesserums, sondern auf einer Zunahme der Lipoide zur Zeit der Generalisierung der Infektion beruht.

Die Pathologie der Trichophytie und ihre Lokalisationszentren in Italien kamen in einer Serie von Vorträgen zur Sprache. Pecori befaßte sich mit der endemischen Ausbreitung des Herpes tonsurans in den römischen Provinzen. Auf gleichem Gebiete bewegen sich die Recherchen von Vignolo-Lutati (Turin). Majocchi (Bologna) verteidigte die Selbständigkeit seines „Granuloma tricofitico" als einer vom Follikularapparat unabhängigen, durch violette und rotviolette Pilzgattungen bedingten Geschwulst. Ravogli (Cincinatti) gleichwie Campana (Rom) wollen zwischen dem Granulom Majocchis und der Sykosis parasitaria bezw. Kerion chronica keinen Unterschied machen. Lombardo (Pisa) berichtet über interessante Inokulationsversuche, welche die Haftmöglichkeit der Trichophyten im Subkutangewebe der Kaninchen und ihre Fähigkeit, Granulome auszulösen, bezeugen. Die biologische Behandlung einschlägiger Mykosen streifen weiterhin Experimentalreihen Lombardos, die bezeugen, daß die Vakzination mit virulenten und abgetöteten Kulturen weder präventives noch kurativ es Vermögen besitzt.

Das zweite Hauptthema: Ergebnisse der physikalischen Therapie der Hautkrankheiten, fand in Pelizzari (Florenz) einen glänzenden Interpreten. Die große Reihe der mit Radium, Finsen und Röntgen geheilten Fälle von Lupus, Lymphangiom, Epitheliom, Nävus, gleichwie die ernste Würdigung der Heilpotenzen zeigten, auf welcher Höhe des Wissens und Könnens sich die glänzend subventionierte Florentiner Lichtanstalt befindet. Wickham führte wieder die Serien gut gewählter Photogramme vor, die den weiten Indikationskreis der Radiumbehandlung bezeugen. Schiff erging sich in allgemeinen Aperçus über die komparative Bewertung der chemischen und physikalischen Behandlung. Rosenthal trat für gehäuftere Anwendung der Massage ein. Malcolm Morris kombiniert in geläufiger Weise die Heilfaktoren radiogenen Ursprungs. Das komplexe Gebiet der Blastomykosen und Sporotrichosen hellte einigermaßen das reich beschickte Programm der dritten Hauptverhandlung auf, welches De Beurmann, Ravogli und Splendore (Brasilien) unter Assistenz von Thibierge, Balzer, Hoffmann, Oppenheim, Petrini de Galatz u. a. bestritten. De Beurmanns Aufteilung der Mykosen, Demonstration der Zustandsbilder (Moulagen), Beschreibung der Kulturen und Vakzinen wurde mit größter Aufmerksamkeit verfolgt. Mit der exakten Definition der botanischen Stellung der von ihm gezüchteten Sporotrichumarten, hat De Beurmann die Kenntnis der zugehörigen Prozesse noch inniger an seinen Namen geknüpft.

Aus der bunten Folge dermatologischer Einzelbeiträge und Demonstrationen histopathologischen Inhalts möchte ich nur einzelne dem offiziellen Bericht vorausschicken. E. Hoffmann zeigte an einer instruktiven Reihe von Gewebsschnitten die Übergangsbilder von Spieglers multiplen Endotheliomen des Kapillitiums zu den tumorartigen Trichoepitheliomen und verwandten Zustandsbildern, wobei ihm das noch vorrätige Material der Klinik Riehl, der Fall Haslund und andere zu vergleichenden Studien zur Verfügung standen. Ref. besprach das singuläre Vorkommnis des büschelförmigen Haarbestandes, sowie die Eruptionsformen der Lymphogranulomatose. Matzenauer und Polland schnitten mit der Verfechtung der toxischen Provenienz angioneurotischer Entzündungen eine Debatte an, in welcher sich Kreibich und Nobl als Anhänger der neurogenen, Hoffmann als Vertreter der Toxinlehre beteiligten. Verotti berichtet über Lepraimpfungen bei Kaninchen, welche in der vorderen Augenkammer wohl ein Überleben der inokulierten Partikeln, nicht aber eine Keimvermehrung erzielten. Passini definierte an interessanten Exempeln die Gewebsgrundlage großzelliger Hautsarkome. Campana demonstrierte die von ihm isolierten Einschlüsse des Molluscum contagiosum, die er als Erreger der benignen Epitheliomart anspricht.

Digitized by Google

Auf chemischem Gebiete bewegten sich zwei Beiträge, die bei ihrer bescheidenen Fassung kaum eine Vorstellung über die aufgewandte Arbeitsleistung aufkommen ließen. Es sind dies die Untersuchungen Luithlens über den mineralischen Stoffwechsel der Tiere, welche bezeugen, daß mit einer Verschiebung des Verhältnisses der einzelnen Rationen zueinander (bei Säurezufuhr, oxalsaures Natrium, Kalk-Verfütterung) auch die Reaktionsfähigkeit der Haut Schwankungen unterliegt (Katze, Kaninchen). Die Übereinstimmung der Stoffwechseluntersuchungen mit experimentellen und chemischen Befunden der Haut führt Luithlen zur Annahme, daß die kutanen Reaktionsvorgänge von der chemischen Zusammensetzung des Integuments abhängig sind. In einer Analyse der Verhornung gelangt Fasal zu dem Ergebnis, daß die verhornte Haut (Clavi) eine sehr bedeutende Anreicherung an Tryptophan aufweist und in dieser Hinsicht selbst die eigentlichen Horngebilde (Nägel und Haare) übertrifft. Die von Fasal ermittelte Methode ermöglicht die quantitative Tryptophanbestimmung ohne Isolierung der Substanz.

Diese orientierenden Andeutungen kann ich nicht abschließen, ohne auf den Unfug hinzuweisen, der mit der zahlreichen Anmeldung nicht erschienener Vortragender empfindlicher als bei früheren Gelegenheiten die normale Abwicklung der Verhandlungen hemmte. Hoffentlich wird das zusammentretende internationale Organisationskomitee im Arrangement künftiger Kongresse diesem Übelstande zu steuern vermögen.

In kollegialer Hochachtung

Ihr ergebener Dr. Nobl-Wien.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

März 1912.

Die zirkumskripte präkanzeröse Melanose, von W. Dubreuilh. Der Artikel wird fortgesetzt.

Primäre Sporotrichose des Fersenbeines, von L. M. Bonnet. Bei einem 69 jährigen Kranken trat vor 4 Jahren eine wenig schmerzhafte Anschwellung der Fußbeuge auf, die sich allmählich vergrößerte und hauptsächlich die äußere und hintere Seite einnahm. Die Anschwellung war sehr hart, wurde ziemlich dolent, hinderte den Patienten aber nicht am Gehen. Vor einem Jahre entstanden Fisteln, die einen gelblich-serösen, mit weißlichen Krümeln untermischten Eiter entleerten. Der Prozeß wurde für tuberkulös angesehen und wegen des Alters des Kranken eine Operation abgelehnt. Da dem Verfasser schließlich Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose aufstiegen, legte er Kulturen an, die Sporotrichum in Reinkultur ergaben. Der Zustand wurde durch Jod wenig verändert; der Kranke starb an einer interkurrenten Pneumonie. Röntgenoskopisch wurde eine Kaverne im Fersenbein und Osteophytenbildung am Ansatze der Achillessehne festgestellt. Bei der Autopsie fanden sich in der Fußbeuge die Weichteile in ein derbes Gewebe verwandelt, das auch mit dem Periost in Verbindung stand. In der Epikrise hebt Bonnet hervor, daß die Sporotrichose der Knochen zwar häufig, daß aber in diesem Falle die primäre Lokalisation, zumal im Fersenbeine, bemerkenswert sei. Dadurch würde die Diagnose sehr erschwert, denn die Tuberkulose mache die gleichen Erscheinungen. Höchstens die geringe Schmerzhaftigkeit und die brettharte Induration könnten für Sporotrichose sprechen. Da die Tochter des Kranken an „multiplen Abszessen" unbekannter Natur gestorben war, hält es Bonnet nicht für ausgeschlossen, daß es sich auch bei dieser um Sporotrichose und also um eine Familieninfektion handelte. Eine alte Endokarditis könnte ebenfalls von Sporotrichose herrühren.

Digitized by Google

Gummöse und verruköse Hauterscheinungen, die der Syphilis und der Tuberkulose ähneln, von L. M. Pautrier, Belot und Richou. Bei dem Kranken waren vor 3 Jahren an verschiedenen Körperstellen Knoten aufgetreten, die etwas Flüssigkeit entleerten, mit Narbenbildung verschwanden und öfters rezidivierten. Bei der Aufnahme finden sich im Gesicht, besonders zu Seiten der Nase, bläulichrote, derbe Schwellungen, die auf Druck etwas Eiter entleerten. Die Nase ist gesattelt, ihre Spitze und die Nasenlöcher deformiert, zerstört, bläulichrot, infiltriert, mit Knötchen besetzt, ein Anblick wie bei tertiärer Syphilis. Auf den Extremitäten befinden sich verruköse Effloreszenzen wie bei Tuberculosis verrucosa. Dieses Zusammenkommen von Tuberkulose und syphilisähnlichen Herden ließ an die Diagnose Sporotrichose denken, die auch durch die Kultur bestätigt wurde. Röntgenoskopisch ergab sich ferner ein großes Gumma in der rechten Tibia. Auf den Schleimhäuten fanden sich folgende Veränderungen: auf der Unterlippe eine weißliche, unregelmäßige, etwas vegetierende, von einem infiltrierten Wulste begrenzte, einem Syphilom ähnliche Stelle. In der Nase war die knöcherne Scheidewand völlig zerstört, die Schleimhaut an mehreren Stellen perforiert.

Ein Fall von Nävokarzinom, von H. Bertier und R. J. Weissenbach. Bei einer 52jährigen Frau begann ein seit jeher bestehender Pigmentfleck der Wange sich zu exkoriieren und zu elevieren. Er wurde abgetragen, aber schon nach drei Wochen erschien in der Narbe ein neuer, schwarzer Knoten, der rapid wuchs und eine enorme Drüsenschwellung im Gefolge hatte. Da der Tumor große Beschwerden bereitete, wurde er auf dringendes Verlangen der Kranken weit im Gesunden exstirpiert. Die Patientin ist durch 16 Monate rezidivfrei, die Drüsenschwellung ist in den ersten Wochen nach der Operation rapid verschwunden. Der Tumor bot das typische Bild eines Nävokarzinoms: die Epidermis verdünnt oder fehlend, die Geschwulst besteht aus Haufen, die durch feine Bindegewebszellen getrennt sind und aus großen, fusiformen, sehr pigmentreichen Zellen mit ovoidem Kern zusammengesetzt erscheinen.

Da das rasche Zurückgehen der Drüsenschwellung eine neoplastische Degeneration ausschließt und jene auch nicht durch die geringe und spät aufgetretene Ulzeration des Tumors veranlaßt sein kann, glauben die Verfasser, daß es sich um die schon anderwärts beobachtete präkanzeröse, entzündliche Drüsenschwellung handelt, die durch Gefäßerweiterung und Proliferation der lymphoiden Elemente charakterisiert ist.

Richard Frühwald-Leipzig.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 7. März 1912.

Meningeale Spätsymptome bei einem mit Salvarsan und Quecksilber behandelten Syphilitiker, von Fage und Ettinger. Ein 28jähriger Kranker mit einem Primäraffekt erhielt dreimal 0,3 Salvarsan intravenös und einige Quecksilberspritzen. 4—6 Wochen später traten heftige Kopfschmerzen, Schwindel, Schwerhörigkeit und Ohrensausen auf. Ophthalmoskopisch wurde eine linksseitige Neuroretinitis festgestellt. Der Liquor cerebrospinalis stand unter hohem Drucke und war sehr zell- und eiweißreich.

Lebhafte Diskussion.

Syphilitische Gummen des Beines bei einem Heredosyphilitischen, von Gaucher, Bricout und Meaux-Saint-Marc. Der 23jährige Kranke hat Gummen der linken Tibia und des rechten Oberschenkels. Interessant ist, daß der Patient deutliche Zeichen der Erbsyphilis trägt: das Gesicht ist asymmetrisch, das linke Auge liegt tiefer als das rechte, der Gaumen ist spitzbogig, es besteht beiderseitige Taubheit und Zahndeformitäten. Ferner ist der Kranke Zwerg (1,36 m), Mikrozephale und imbezill. Es besteht Hypertrichose und Hodenatrophie.

Digitized by Google

Syphilis maligna cutanea und Pseudoparalyse, von GAUCHER, SALIN und BRICOUT. Bei einer Kranken mit zwei Jahre alter Syphilis bestehen am ganzen Körper Rupien, ulzeröse Syphilide und Narben; ferner Anisokorie, ARGYLL-ROBERTSONsches Phänomen, Intelligenzstörungen, Zittern der Zunge und Stottern.

Gürtelförmiges Lymph- und Hämangiom des Thorax, von GAUCHER und MEAUX-SAINT-MARC. Dieser Nävus ist angeboren, zeigte aber nach einer Attacke von Gelenkrheumatismus Tendenz zu Blutungen und Wachstum. Er erstreckt sich von der rechten Brust bis fast zur Wirbelsäule, ist weich, pseudofluktuierend und besteht aus dichtgedrängten oder konfluierenden Angiomen und Lymphangiomen.

Syphilis und Psoriasis, von F. BALZER und CONDAT. Ein Kranker mit syphilitischem Primäraffekt erhielt drei Injektionen von Salvarsan. Bald darauf erschien auf den oberen Extremitäten eine Eruption von papulösen Effloreszenzen, die sich mit dicken Schuppen bedeckten. Sie wurden als psoriasiforme Syphilide angesprochen und mit mehreren Salvarsan-Injektionen sowie mit Quecksilber behandelt, doch ohne Erfolg. Schließlich nahmen die Effloreszenzen das typische Aussehen der Psoriasis an. Die Verf. konnten gleichzeitig einen ähnlichen Fall beobachten. Sie weisen auf die relativ häufige Kombination von Syphilis und Psoriasis hin, die der Diagnose große Schwierigkeiten bereiten kann. Sie nehmen an, daß die Syphilis als provokatorisches Moment für die Psoriasis wirkt.

Symmetrische Naevi miliares telangiectodes des Gesichts, von F. BALZER, BARCAT und CONDAT. Bei der jetzt 14jährigen Kranken traten seit dem 7. Lebensjahre im Gesichte stecknadelkopfgroße, mehr minder rote, teilweise in Zügen angeordnete Flecke auf, die sich allmählich verbreiteten und über das Hautniveau erhoben. Dieser Fall ähnelt dem im Februar vorgestellten, da auch bei ihm die Affektion in der Kindheit im Anschluß an nervöse Störungen und Krämpfe aufgetreten ist. Histologisch findet sich in der Kutis eine große Menge erweiterter Blut- und Lymphgefäße mit teils normaler, teils etwas verdickter Wand. Die Epithelzapfen sind verschwunden. Nach der Ansicht der Verfasser gehört diese Affektion in die Gruppe des Polyadenoma sebaceum (PRINGLE). Es ist nicht ausgeschlossen, daß die hereditäre Syphilis eine Rolle bei ihrer Entstehung spielt.

Fibrolipome nach subkutanen Injektionen von Chininchlorhydrat und Eisenkakodylat, von F. BALZER. Ein Patient zeigte an verschiedenen Stellen der Extremitäten verschieden große und verschieden derbe Knoten vom Charakter des Fibroms oder Fibrolipoms. Sie sind beweglich und von normaler Haut bedeckt. Der Kranke hat wegen Malaria Injektionen von Chinin und Eisenkakodylat selbst vorgenommen. Im Anschluß an diese entstanden harte Knoten, die wuchsen und weicher wurden.

Lupus erythematosus auf der linken Seite des Gesichts und Halses bei einer chronisch Dyspeptischen, von JOURDANET und LEBAR. Eine Kranke, die seit jeher an Magenbeschwerden leidet, eine Induration der linken Lungenspitze sowie Hyperämie, Hyperthermie und neuro-muskulokutane Hyperästhesie der linken Seite aufweist, wurde im Anschluß an eine dyspeptische Attacke von einem Lupus erythematosus der linken Gesichts- und Halsseite befallen. Die durch Magenbeschwerden bedingten angioneurotischen Erscheinungen lokalisieren sich mit Vorliebe auf der linken Seite; ferner wurden links die zervikalen Sympathikusganglien durch den Spitzenprozeß komprimiert: daraus erklärt sich die Lokalisation der Dermatose auf der linken Seite. Der Fall ist auch ein Beweis für die tuberkulöse Ätiologie des Lupus erythematosus.

Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Hermesoline, von MIROVITCH. Verf. hat in einer Reihe von Fällen Hermesoline, eine ölige Lösung von Hg bichlor. in Dosen von 1—1½ ccm angewendet. Das Mittel erwies sich als sehr

Digitized by Google

wirkungsvoll, ohne Schmerzen, Infiltrate oder sonstige üble Nebenwirkungen zu verursachen. 6—12 Injektionen genügen im Primärstadium, 10—15 im Sekundärstadium. Es wirkt auch tonisierend auf die Patienten.

Syringopipette für Laboratoriumsarbeiten, von GOUBEAU und MILIAN. Ein kompliziertes Instrument, welches eine Infektion durch Saugen an der Pipette vermeiden soll. (Eine gewöhnliche Gummikapsel auf einer gewöhnlichen Pipette leistet dieselben Dienste. D. Ref.)

Ein neuer Fall von Achorion Quinckeanum beim Menschen. Eine Frau hatte am linken unteren Augenlide ein typisches Favusskutulum. Kultur und positive Tierversuche ergaben „Achorion Quinckeanum". Die Infektion erfolgte durch Ratten.

Primäraffekt auf der Zunge, von BRAULT. Ein Patient hat auf der Unterseite der Zunge rechts vom Frenulum eine seichte, diphtherisch belegte Ulzeration auf derber Basis und regionäre Drüsenschwellung. Nach etwa zwei Wochen Sekundärerscheinungen.

15 Monate Praxis mit Salvarsan in der venereologischen Klinik der Antiquaille zu Lyon, von J. NICOLAS und H. MOUTOT. Die Verf. wenden die intravenöse Injektion an und haben damit gute Erfolge gehabt, ja sie glauben sogar manchmal eine Abortierung der Syphilis bewirkt zu haben. Abgesehen von den Nebenwirkungen, die von der Technik, Lösung usw. abhängen, gibt es auch solche, die durch das Salvarsan selbst verschuldet sind. Deshalb sind die Kontraindikationen (Nerven-, Gefäßerkrankungen, Diabetes, Nephritis usw.) strikte einzuhalten. Indiziert ist die Anwendung in Fällen, wo eine Unterdrückung der Konsekutiva möglich erscheint und wo Hg wirkungslos bleibt oder nicht vertragen wird. Es sind möglichst hohe Dosen 0,4—0,6 anzuwenden. Von einer definitiven Heilung der Syphilis darf man nicht sprechen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Technik der klinischen Blutuntersuchung für Studierende und Ärzte, von A. PAPPENHEIM. (Berlin, Verlag Springer, 1911.) Der Vorzug des kleinen Büchleins, das ursprünglich ein Kapitel des NEUBERGschen Handbuches war, ist die ungewöhnliche Kürze. Man kann sagen, daß das Wesentlichste der allgemeinen morphologischen Hämatologie in dem engen Rahmen von 55 Seiten wenigstens erwähnt und für den Eingearbeiteten und mit dem Blutbilde Vertrauten gut übersehbar ist. Dagegen erwartet man unter einer Technik der Blutuntersuchung gerade für Studierende bezüglich Färbung mehr als die eine PAPPENHEIMsche Kombination der MAY-GRÜNWALD-GIEMSA-Färbung, zumal sie keine neuen Resultate gegenüber der einfachen GIEMSA-Färbung ergeben hat. Bei der guten Tendenz des Buches wäre bei weiteren Auflagen die Beseitigung der Fremdworte nach Möglichkeit und die Vereinfachung der Zusammenfassungen (z. B. S. 54), sowie Beigabe der durchaus notwendigsten Abbildungen sehr dankenswert.

V. Schilling-Torgau (Hamburg).

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Oedema cerebri und Encephalitis haemorrhagica acuta nach intravenösen Salvarsaninjektionen. Ihre Ursache, von PAUL L. TISSIER und PAUL BLONDIN.

Digitized by Google

(Ann. de la policlin. centr. 1911, Nr. 11.) Die Verfasser stellen die in der Literatur bekannten Fälle zusammen und führen sie auf eine durch eine vorhergegangene Injektion bedingte Anaphylaxie zurück. Sie raten deshalb bei einer Reinjektion die größte Vorsicht walten zu lassen, besonders bei solchen Patienten, die auf eine erste Injektion mit schweren Erscheinungen reagiert haben. Eventuell soll eine Kutireaktion über die Empfindlichkeit gegen Salvarsan aufklären.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zufälle bei intravenösen Salvarsaninjektionen, von LEVEN-Elberfeld. (Med. Klinik, 1911, Nr. 22.) Verfasser beobachtete in einem Falle eine starke Anschwellung der Gesichtshaut und der Zunge nach Salvarsaninfusion, verbunden mit Kopfschmerzen. Möglicherweise hält er eine akute Lymphstauung (Behinderung des Abflusses aus dem Truncus jugularis) für vorliegend. Arthur Schucht-Danzig.

Salvarsan bei Nerven- und Geisteskrankheiten, von CROCQU. (Journ. de Bruxelles, 1911, Nr. 43.) Verf. hat gute Resultate sowohl bei Haut- wie bei Nervensyphilis gehabt. Bei degenerativen Prozessen nützt es nichts. Damit, daß Verf. die „Neurorezidive" auf einen technischen Fehler zurückführt und daß er die subkutane und intramuskuläre Injektion als Methoden der Wahl hinstellt, setzt er sich in Gegensatz zur allgemeinen Anschauung. Richard Frühwald-Leipzig.

Weitere Beiträge zur Neurotropie und Depotwirkung des Salvarsans, von FISCHER und ZERNICK-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 34.) Es sind nur zwei Fälle, die hier mitgeteilt werden. In dem einen trat ca. 10 Wochen nach Salvarsaninfusion eine Polyneuritis auf, die sich unter Hg-Behandlung besserte. In dem anderen handelt es sich um eine Frau, deren Lues ca $1^1/_2$ Jahre alt ist und die 4 Wochen nach Salvarsaninjektion zugleich mit einem Hautrezidiv eine Uveitis specifica sinistra bekommt, die zur Erblindung auf diesem Auge führt. Verfasser legt Wert darauf, daß beide Kranke noch Arsen ausschieden. Von Interesse ist die mitgeteilte Tatsache, daß Arsen zu gewissen Zeiten im Blute kreisen kann, ohne in nachweisbaren Mengen im Urin ausgeschieden zu werden, ebenso, daß die Ausscheidung eine intermittierende sein kann. Die Ansicht BUSCHKES, welcher Fälle wie die hier berichteten als Syphilis ex trauma auffaßt, ist bekannt. Arthur Schucht-Danzig.

Nervöse Erscheinungen nach einer zweiten Salvarsaninjektion, von RAVAUT. (Bull. méd., 1911, S. 1012.) R. berichtet über sieben Fälle, bei denen 3—5 Tage nach einer zweiten Salvarsaninjektion epileptiforme Krämpfe auftraten, die in Koma übergingen und binnen 18—24 Stunden zum Tode führten. Bei anderen traten im selben Zeitraume Fieber, Erbrechen, Exantheme von skarlatiniformem oder varioliformem Typus usw. auf. RAVAUT bezieht diese Erscheinungen auf einen der Anaphylaxie analogen Vorgang. Er tritt deshalb für kleine Dosen in Zwischenräumen von 8—10 Tagen ein.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über Neurorezidive nach Salvarsan, von ALFRED SAENGER-Hamburg. (Neurol. Centralbl., 1911, Nr. 14.) Der Autor steht auf dem Standpunkte, daß die Nervenstörungen nach Salvarsan nicht auf dieses Heilmittel zurückzuführen sind, sondern daß es sich um Symptome der Lues handelt, die früher nicht genügend untersucht und gewürdigt worden sind. Chrzelitzer-Posen.

Über Neurorezidive nach Salvarsan, speziell Polyneuritis, von E. TRÖMNER und E. DELBANCO-Hamburg. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 35, 36.) Zu dem gegenwärtig so viel diskutierten Kapitel der Möglichkeit einer schädlichen Wirkung des Salvarsans speziell mit Bezug auf das Nervensystem bringen Verf. einige beachtenswerte Beobachtungen, wobei sie allerdings nicht beide zu ganz gleichen Deduktionen als Er-

Digitized by Google

gebnis ihrer Untersuchungen gelangen. T. schließt seine Ausführungen ungefähr folgendermaßen: das Salvarsan kann mehrere Gruppen von verschieden zu deutenden Wirkungen entfalten, unmittelbar toxische (auch bei Nichtsyphilitischen, wie die Beobachtungen von Usskow-Odessa beim Typhus exanthematicus z. B. zeigen) und ferner mittelbar spezifische bei Syphilitikern. Solche mittelbare Wirkungen äußern sich erstens als früh auftretende entzündlich reaktive Vorgänge und zweitens als Neuaktivierung von luetischen Prozessen in einer gewissen kritischen Zeit von durchschnittlich 2 Monaten post injectionem. Daß diese Rezidive meistens als multiple neuritische resp. perineuritische Lähmungen der zerebralen oder (seltener) der peripheren Nerven auftreten, ist zum Teil Folge einer Neuroaffinität des Heilmittels. Direkte neurotoxische Wirkungen sind wohl nur in einzelnen früh entwickelten und malign verlaufenden Fällen anzunehmen. Andererseits erklärt D., daß er bei eintretendem Neurorezidiv eine Wiederholung der Salvarsaninjektion zurzeit nicht für gerechtfertigt anerkennen kann. Ebenso wie die Bleilähmung ihre bekannte besondere Vorliebe für bestimmte Muskelgruppen bekundet, kann man sich auch denken, daß das Salvarsan eine besondere neurotoxische Prädilektion für bestimmte Nerven besitze. Als solche würden zurzeit namentlich der Akustikus und auch der Okulomotorius und Optikus in erster Linie in Betracht kommen. Die von den Verfassern eingehend geschilderten Fälle von Läsionen des Akustikus und anderer Hirnnerven und insbesondere ein Fall von Entzündungsprozessen an peripheren Nerven verdienen entschieden spezielle Beachtung. Philippi-Bad Salzschlirf.

Neurotropie oder Salvarsan, von Sicard, Bizard und Gutmann. (Bull. méd., 1911, S. 618.) Demonstration eines Patienten, der nach einer Salvarsaninjektion von Hirnnervenlähmung befallen worden war. Die Verfasser schreiben dem Salvarsan nur eine indirekte, das Syphilisvirus mobilisierende, Wirkung zu.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Nebenwirkungen des Salvarsans, von Ernst Finger-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1911, Nr. 42.) „Die Salvarsanbehandlung wirkt zwar günstig auf die kutanen und mukösen Manifestationen der Syphilis ein, beeinflußt aber den Verlauf der Lues ungünstig, indem es frühzeitig und häufig Erkrankungen des Nervensystems provoziert." Von 322 Patienten des Sekundärstadiums erkrankten 39 mit „Neurorezidiven"; dies Stadium eignet sich nicht für die Salvarsanbehandlung. Schourp-Danzig.

Warnender Neurotropismus des Salvarsans, von Sicard und Bizard. (Bull. méd., 1911, S. 954.) Bei 3 Patienten traten nach 0.5 Salvarsan Kopfschmerz, Schwindel und Ohrensausen auf. Nach der 2. Injektion derselben Dosis Fazialislähmung, Taubheit usw. mit Zellvermehrung im Liquor. Rückgang nach kleinen Salvarsandosen. Die Verfasser weisen auf die genannten Symptome hin, die vor der 2 Injektion warnen sollen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Neurorezidive nach Salvarsan, von W. Dössekker-Bern. (Schweizer Corresp.-Bl., 1912, Nr. 2 und 3.) Verfasser kommt auf Grund des zusammengetragenen Materials zu folgenden Schlüssen: Die Neurorezidive sind unzweifelhaft syphilitischer Natur, doch ist es kaum zweifelhaft, daß das Salvarsan eine wenigstens Zeit und Art ihres Auftretens mitbestimmende Rolle spielt. Ihre Prognose ist günstig, wenn sie früh zur Kenntnis und Behandlung kommen, und es ist zu hoffen, daß sie durch eine intensivere Behandlung (Änderung der Dosen und Zahl der Injektionen) ev. durch Kombinations- oder protrahierte Behandlung ganz vermieden, wenigstens auf ein Minimum zurückgedrängt werden können. Maximilian Franz-Dresden.

Neuerliche Bemerkungen zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan und Häufigkeit der Nervenerkrankung durch Syphilis in der Zeit vor Anwendung des Salvarsans, von M. v. Zeissl-Wien. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 45.)

Digitized by Google

Z. spricht auf Grund seiner bisherigen Erfahrungen dem Salvarsan eine neurotrope Wirkung ab und weist auf die zahlreichen Fälle von Nervensyphilis vor Erfindung des neuen Mittels hin. Arthur Schucht-Danzig.

Zur Frage der Nebenwirkungen des Salvarsans, von I. Lipsztat. (Medycyna, 1911.) Verf. bespricht die Nebenwirkungen der intramuskulären Salvarsaninjektionen, die er an der Hand von 32 Fällen beobachtete, vergleicht dieselben mit den Nebenwirkungen der (10) intramuskulären Injektionen von Salizylquecksilber und kommt zu folgenden Schlüssen: Das Salvarsan hat in keinem der beobachteten Fälle ernstere Nebenwirkungen hervorgerufen. Die beobachteten Nebenwirkungen lassen sich als Reaktion auf die nach der Abtötung der Spirochäten entstandenen Toxine auffassen. Die Nebenwirkungen kommen oft ziemlich spät nach den Einspritzungen zum Vorschein, und zwar durch neuerliche Resorption vom Depot aus. Bei Reinjektionen werden in der großen Mehrzahl der Fälle (66%) überhaupt keine Nebenwirkungen beobachtet. Die zweimal beobachteten Veränderungen im Hörnerv werden vom Verf. als Neurorezidive gedeutet. Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über einige Nebenwirkungen des Salvarsans, von I. Sellei-Budapest. (Gyógyászat. 1911, Nr. 20.) Verfasser beobachtete in 3 Fällen nach Salvarsan die Erkrankung des Hörorgans. 1. Eine 19jährige Puella publica bekam Ende Juli wegen Plaques linguae und Roseolen 2 (2%ige) Sublimatinjektionen. Am 6. August intramuskulär 0,6 Salvarsan (neutrale Emulsion). Im November meldete sie sich wieder mit der Klage, sie habe seit einigen Wochen oft Kopfschmerzen und höre seit dieser Zeit auf dem linken Ohr schwer. Das Gutachten eines Spezialisten lautete: „Seitens des Cavum tympani keinerlei Veränderungen. Mit Hilfe der Stimmgabel konnte eine funktionelle Störung festgestellt werden. Diagnose Hypaesthesia acustica, die nur mit der Erkrankung des N. cochlearis erklärt werden kann." Der zweite Fall betraf einen 36jährigen Zuckerbäcker, der am 20. September vom Verf. 0,55 Salvarsan subkutan bekam. (Er hatte Roseolen und Plaques im Munde.) Am 1. Dezember bekam er die 2. Injektion 0,25 intravenös. Am nächsten Tag bekam er linsengroße Flecke auf der Brust und den Händen (Herxheimer-Reaktion). Der Patient klagt über rechtsseitiges Ohrensausen. Nach Jodkaliumkur hörte das rechtsseitige Ohrensausen auf, aber auf der linken Seite stellte es sich, ein und da hörte er auch etwas schwerer. Der Ohrenarzt konstatierte ein älteres Trommelhöhlenleiden, das spontan oder vielleicht infolge der Salvarsaninjektion sich verschlimmerte. Der dritte Fall betraf einen 34jährigen Eisenbahnbeamten. Sclerosis, Roseolae et papulae syphiliticae, Polyadenitis. Patient bekam 15 Sublimatinjektionen (2%). Nach dieser Behandlung am 20. Oktober 0,6 Salvarsan subkutan. 64 Tage nach der Injektion trat rechtsseitiges Ohrensausen auf. Jodkalium. 4 Tage später hat er noch immer Ohrensausen und hört schlechter. Auf der Kopfhaut treten typische syphilitische Papeln auf. Der Ohrenarzt konstatierte, daß ein katarrhaler Prozeß des Mittelohres bestand. Alle drei Fälle waren frisch. Auch Ehrlich wies darauf hin, daß nach Salvarsaninjektion auftretende Störungen des Nervus acusticus bisher nur bei frischer Lues aufgetreten sei. Er qualifizierte sie teils als Herxheimer-Reaktion, teils als Nervenrezidive. Im zweiten Fall kann es sich darum handeln, aber es kann auch sein, daß durch die zweite Injektion die frühere Arsenmenge (Depôt) mobil geworden ist und die Wirkung hervorgerufen hat. Auch im dritten Fall ist das Ohrenleiden die Folge der Lues. Das Quecksilber spielt nur als Katalysator eine Rolle, und mit den in die Praxis übergegangenen Quecksilberdosen kann man keine direkte bakterizide Wirkung erzielen. Auch Endotoxin wird frei, das der Organismus in großer Menge überschwemmt. Die Erkrankung des N. acusticus ist keine seltene Erscheinung in der frühzeitigen Periode der Lues. Ein 27jähriger Patient akquirierte Lues. 60

Digitized by Google

Quecksilbereinreibungen und 15 Sublimatinjektionen. 6 Monate nach der Quecksilberbehandlung traten Schwindel, Kopfschmerzen und Ohrensausen auf. Der Spezialarzt konstatierte auf dem linken Ohre Hypaesthesia acustica. Patient bekam Salvarsaninjektionen intravenös, worauf sich sein Zustand bedeutend gebessert hat. Die Ursache dieses akzidentalen Leidens, das mit Taubheit enden kann, kann nicht Salvarsanwirkung allein sein. Salvarsan übt auch auf die Augennerven eine Wirkung aus. Ein 25jähriger Patient nahm 2 Monate nach der Injektion wahr, daß er doppelt sieht, bzw. daß er auf dem rechten Auge schlecht sieht. Der Augenarzt konstatierte auf dem rechten Auge vollkommene okulomotorische Lähmung. Auf dem linken Auge ist der N. abducens gelähmt. Patient bekam Kalomelinjektion, Zittmann, Schwitzkuren. Nach 6 wöchiger Behandlung hörte die Lähmung des N. oculomotorius ganz auf. Der N. abducens auf dem linken Auge retardierte noch ein wenig. In diesem Falle löste die Salvarsaninjektion ein Nervenrezidiv aus. In der frühzeitigen Periode der Syphilis muß die Salvarsanbehandlung intensiv vorgenommen werden, und man darf sich nicht allein mit dieser Behandlung begnügen, sondern man muß sie mit einer energischen Quecksilberkur kombinieren. Verfasser gibt die 2. intravenöse Salvarsaninjektion nur nach Beendigung einer Quecksilberbehandlung. Das Zittern der Hände beobachtete er in 2 Fällen. In 2 Fällen von „latenter" Nephritis rief Salvarsan eine Verschlimmerung des Zustandes hervor. Etwa 10—14 Tage nach der intravenösen Injektion können Kopfschmerzen, Gliederreißen, Temperaturerhöhung beobachtet werden. Dies trägt aber nicht zur Verminderung des Wertes des Salvarsans bei. Porosz-Budapest.

Toxische Nebenwirkungen des Salvarsans, von Juan de Azúa. (Rev. clin. Madrid, 1911, Nr. 11.) Der Verfasser kommt nach Betrachtung seiner eigenen und der in der Literatur verzeichneten Fälle von Nebenwirkungen des Salvarsans zum Schlusse, daß das Medikament nur wenig toxisch ist, wenn man sich an die Kontraindikationen und die Dosierung hält. „Es bestehen aber, besonders was den Akustikus betrifft, einige Anlässe zu Beunruhigung, deren definitive Bewertung nur die Zeit geben kann."

Gunsett-Straßburg.

Hörnervenerkrankungen nach Anwendung von Salvarsan, von B. Freistadtl-Budapest. (Fülészet, Beiblatt der Budapesti Orvosi Ujsag, 1911, Nr. 1.) Verfasser berichtet über einen Fall, der eine 19jährige Patientin betrifft. Wegen ihrer Lues bekommt sie am 5. Sept. 1910 0,45 g Salvarsan subkutan in der rechten Skapulargegend. 50 Tage nach der Injektion suchte sie den Verfasser wegen linksseitigen Ohrensausens auf. Die Trommelfelle zeigten außer einer geringen Exkavation keine Abweichungen auf. Das Gehör ist rechtsseitig normal, links vermindert, Flüstersprache hört sie 5 m weit. Rinne beiderseitig positiv. Schwabach rechts normal, links ein wenig verkürzt. Die Kranke litt niemals an Ohrensausen, Schwerhörigkeit oder Schwindelanfällen. Das Ohrensausen verschlimmerte sich in den darauffolgenden Tagen und stellte sich auf der rechten Seite in geringerem Maße ein. Damit gleichzeitig hatte Patientin Schwindelanfälle. Die Anfälle waren so stark, daß sie fürchtete, sie werde zu Boden fallen. Beim Blicken gegen die linke Seite, so auch beim geraden Vorwärtsblicken war horizontaler und rotatorischer Nystagmus sichtbar, dessen rascher Komponens nach links gerichtet war. Der Schwindelanfall steigerte sich bei plötzlichen Bewegungen des Kopfes. Kalorischer Nystagmus konnten von beiden Labyrinthen ausgelöst werden. Schwindelanfälle, Ohrensausen waren etwa 10 Tage unverändert, dann hörten die Schwindelanfälle auf, auch das Ohrensausen nahm ab, und das normale Gehör kam wieder zurück. Auch der spontane Nystagmus hörte vollkommen auf. Porosz-Budapest.

Salvarsan und der Nervus acusticus, von T. David-Galatz. (Presse méd., 1911, Nr. 58.) Ein 23jähriger Luetiker mit Roseola und Kondylomen erhält 3 Monate

Digitized by Google

nach der Infektion eine intramuskuläre Injektion von 0,45 Salvarsan in neutraler Suspension nach WECHSELMANN. Die Heilung erfolgt rapide, aber 6 Wochen später erscheinen Schwindel- und Ohrsymptome zugleich mit einem Ausschlag. Da man an ein Rezidiv dachte, wurde 0,04 Hydrarg. bijod. injiziert. Der Ausschlag verschwand, aber die Ohrsymptome blieben. Und zwar bestand intensives Ohrensausen und Verminderung der Hörfähigkeit beiderseits. Zugleich vermehrte sich das Schwindelgefühl derart, daß nur noch ein schwankender Gang möglich war. Es handelte sich um eine Erkrankung des Kochlearis und Vestibularis, zugleich wurden bei der otoskopischen Untersuchung leichte Kalkablagerungen an beiden Trommelfellen festgestellt. WASSERMANN ist sowohl im Blut als im Liquor cerebrospinalis negativ. In beiden Flüssigkeiten ist kein Arsen nachweisbar. Der Verfasser glaubt, daß es sich in diesen Fällen nicht um Neurorezidive, sondern um toxische Erscheinungen, hervorgerufen durch Zersetzungsprodukte des Salvarsans, handelt. Dies wird besonders dadurch erhärtet, daß alle diese Zufälle bei subkutaner Einverleibung des Mittels entstehen. Allerdings seien Ohren, die früher irgend eine wenn auch geringfügige Erkrankung durchgemacht haben, hierzu prädestiniert.

Gunsett-Straßburg.

Salvarsan und Labyrinthstörungen, von EUGÈNE FELIX. (Presse méd., 1911. Nr. 62 und Ann. de la policlin. centr. de Bruxelles, 1911, Nr. 7.) Ein 30jähriger Patient hatte 6 Wochen nach der Infektion 0,5 Salvarsan intramuskulär erhalten. 14 Tage nach der Injektion wurde er plötzlich von beiderseitiger Taubheit, Schwindel und Ohrensausen befallen. Eine otoskopische Untersuchung zeigte beide Trommelfelle normal und mit dem pneumatischen Spekulum beweglich. RINNE beiderseits positiv. Knochenleitung verkürzt. Lautes Sprechen wird rechts auf 1 m, links auf 50 cm gehört. Mit geschlossenen Augen schwankt der Patient nach links, rechts besteht spontaner Nystagmus. Das rechte Vestibulum reagiert gut auf kaltes Wasser und Rotation, das linke nicht. Bereits seit mehreren Jahren hörte der Patient auf dem linken Ohre schlechter, aber nicht so schlecht als jetzt. Leider konnte der Patient nicht weiter beobachtet werden. Gunsett-Straßburg.

Die Wirkung des Salvarsans auf das Gehör, von J. SELLEI-Budapest. (Fülészet der Budapesti Orvosi Ujsag, 1911, Nr. 2.) Eine Wiederholung dessen, was Verfasser an anderer Stelle über Neurorezidive gesagt hat. Porosz-Budapest.

Ohrerkrankungen im Verlauf der Behandlung der Syphilis mit organischen Arsenpräparaten von H. GAUCHER und H. GUGGENHEIM. (Presse méd., 1911, Nr. 48.) Bei der Wichtigkeit, welche den sog. Neurorezidiven nach Salvarsan zukommt, sind die hier mitgeteilten 3 Fälle von Bedeutung. Es handelt sich hier um Störungen des Gehörorgans nach Injektionen von Hektin. Ein 64jähriger Mann mit sekundärer Syphilis und alter Mittelohrsklerose bekommt nach Injektion von im ganzen 14 g Hektin in 4 Serien mit 2 Intervallen von 14 Tagen und 1 Intervall von 1 Monat Ohrensausen. In der schon immer vorhandenen einseitigen Verminderung des Gehörs geringer Art gesellte sich plötzlich eine äußerst starke doppelseitige Taubheit, welche sich bei der otologischen Untersuchung als durch doppelseitige auf den Nervus cochlearis beschränkte Otitis interna bedingt herausstellte. Unter 7 neuen Injektionen von je 0,4 Hektin nehmen die Symptome noch mehr zu, beginnen aber nach Aussetzen jeder Medikation zu schwinden. Der zweite Fall betrifft einen 51jährigen Mann, dessen Infektion vom November 1910 datiert. Am 1. Januar 1911 sind noch immer trotz 14 Injektionen à 0,02 Hydrargyrum benzoinatum breite Kondylome am Anus vorhanden. Nach 26 Hektininjektionen ist keine Besserung zu verzeichnen. Am 26. Februar hat er im ganzen 50 Injektionen Hektin à 0,2 erhalten, ist aber noch nicht symptomfrei. Erst

Digitized by Google

am 19. März nach weiteren 7 Injektionen sind alle Krankheitserscheinungen geschwunden. Hingegen klagt der Kranke seit 8 Tagen über Ohrensausen. Beiderseits ist die Hörfähigkeit vermindert. Die Therapie wird ausgesetzt, und am 2. April sind die Hörstörungen verschwunden. Zuletzt wird noch ein dritter Fall mitgeteilt. 55jähriger Mann mit tertiärer Nasenlues. Nach 32 Hektininjektionen von je 0,2 g erscheint eine progressiv weitergehende doppelseitige Taubheit, die von starkem Ohrensausen begleitet ist, labyrinthischen Ursprungs. 3 Monate nach Aussetzen des Hektins ist die Taubheit etwas vermindert, das Ohrensausen zusammen mit Schwindelgefühl persistiert aber noch.

Die Verfasser stehen nicht an, diese Läsionen als toxisch zu bezeichnen. Denn einerseits werden sie nur nach äußerst starken Dosen des Medikaments beobachtet, andererseits werden sie bei Fortsetzung der Medikation schlimmer und hören auf, sobald man dieselbe unterbricht.

Von Interesse ist ferner, daß die Verfasser mitteilen, daß sog. Neurorezidive nach Salvarsan in Frankreich bis jetzt nicht publiziert worden sind. Sie können nur zwei Fälle mitteilen, deren Krankengeschichte ihnen von einem Kollegen (André Castex) zur Verfügung gestellt wurde:

1. 33jähriger Mann mit Gumma der Tibia. Infektion 1896. Derselbe erhielt drei Salvarsaninjektionen (September und November 1910 und Januar 1911). 10 Tage nach der letzten bekommt er heftige Schmerzen im Kopf und beiden Ohren. Auf dem rechten Ohr waren sie besonders heftig. Dort entleerte sich auch etwas Blut. Es fand sich vollständige Taubheit rechts, unvollständige links. Das Trommelfell war rechts sehr rot und mit Ekchymosen bedeckt, links nur rosa gefärbt. Außerdem bestand eine Läsion beider Labyrinthe. 2. Bei einem tertiären Syphilitiker mit einer alten Mittelohrsklerose wird die Taubheit plötzlich nach einer Salvarsaninjektion viel stärker. Zugleich erscheint intensives Ohrensausen.

Was die Ätiologie dieser Erscheinungen anbelangt, so möchten die Verfasser in Anbetracht der Seltenheit der Fälle in Frankreich und den sich teilweise widersprechenden Angaben der Deutschen Literatur in dieser Frage einstweilen noch nicht Stellung nehmen. Gunsett-Straßburg.

Über bilaterale Ertaubung und Vestibularausschaltung nach Salvarsan, von O. Beck-Wien. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 42.) Zweifellos sind ernstere Störungen im Gebiete des Gehörnerven bei Syphilitikern seit der Einführung des Salvarsans in größerer Anzahl als früher berichtet worden, und Verfasser glaubt, daß jedenfalls bei manchen Fällen die Therapie an der Schädigung schuld sei. Er bespricht zwei derartige Fälle, welche allerdings schon von Mucha in einer früheren Publikation angeführt sind. Bei dem einen Patienten wurde trotz anhaltender Behandlung die totale beiderseitige Ertaubung nicht gebessert; bei dem andern ist das Resultat ungewiß. Da nach B.'s Ansicht die Arsenwirkung den schädigenden Faktor darstellt, erscheint es zweckmäßig, gegebenen Falls durch eine energische Pilokarpinbehandlung eine schnellere Ausscheidung dieses Elementes anzustreben. Philippi-Bad Salzschlirf.

Salvarsan: dessen Wirkung auf Auge und Ohr, von F. P. Houver-Jacksonville. (New York med. journ., 21. Oktober 1911.) Unter Mitteilung von vier bezüglichen Fällen (von Hörstörungen) kommt H. zu dem Schlusse, daß alle Fälle von Gehör- und Gesichtsstörungen, welche auf Salvarsaninjektionen gefolgt sind, nur vorübergehender Natur waren und die normalen Funktionen (auch nach Wiederholung der Salvarsaninjektion) stets wiederkehrten, vorausgesetzt, daß nicht vorher schon eine latente Labyrinthaffektion vorhanden war; die möglicherweise durch Salvarsan hervorgerufene Neuritis des Nervus opticus und acusticus kann also nur eine vorübergehende Schädigung bedeuten. Stern-München.

Digitized by Google

Der Einfluß des Salvarsans auf das Auge, von J. Grigüolo-Genua. (Pathologica, 1911, Nr. 66.) Das Salvarsan besitzt, entweder an und für sich oder mit dem syphilitischen Virus vereinigt, nicht nur parasitotrope, sondern auch organotrope Eigenschaften. Die okularen Störungen, welche es hervorruft, sind von denjenigen verschieden, welche das Atoxyl herbeiführt. Dieses erzeugt eine Läsion, welche zur einfachen Atrophie der Papille führt, die durch das Salvarsan bedingten Veränderungen nehmen vorzugsweise den Charakter einer exsudativen Phlogose des Sehnerven an. Die durch das Salvarsan hervorgerufenen Läsionen führt Verfasser auf eine Arsenvergiftung zurück. K. Rühl-Turin.

Ein Fall von Okulomotoriuslähmung nach Salvarsaninjektion, von Henri Copper. (Journ. de Bruxelles, 1911, S. 511.) Ein Patient, im zehnten Jahre seiner Syphilis, ohne Erscheinungen, erhielt in 4 Injektionen (Injektionsmodus nicht angegeben) 0,75 Salvarsan. 8 Tage nach der letzten trat unter Schwindel eine Lähmung des M. rectus inf. dext. auf. Behandlung mit Salvarsan und grauem Öl.
Richard Frühwald-Leipzig.

Hervorragender Erfolg mit Salvarsan bei einer syphilitischen Okulomotoriuslähmung, von Grand-Clement. (Lyon. méd., Bd. 117, Nr. 52.) Ein Patient wurde 10 Jahre nach einer leichten Syphilis von einer kompletten rechtsseitigen Okulomotoriuslähmung befallen. Eine durch 6 Monate angewendete Behandlung mit Jod und Quecksilber brachte kaum Erfolg. Durch vier intravenöse Salvarsaninjektionen (Dosis?) aber wurde die Funktion des Nerven in einigen Wochen fast völlig hergestellt. Der Verfasser knüpft hieran einige Bemerkungen allgemeiner Natur über Salvarsan und meint, daß es bei Tabes oder Paralysis incipiens Besserung oder gar Heilung bringen könne. Richard Frühwald-Leipzig.

Mit Salvarsan behandelte Iritis luetica, von E. Grósz-Budapest. (Szemészet, Beiblatt des Orvosi Hetilap, 1911, Nr. 2.) Das 20jährige Mädchen akquirierte im Juli 1910 Lues. 6 Wochen später stellten sich die Hautsymptome ein. Im September bekam sie eine Salvarsaninjektion, worauf sich die Symptome rasch zurückbildeten. Außerdem bekam sie noch 20 Quecksilbereinreibungen. Anfangs November trat ein Rückfall des Leidens auf, indem am linken Auge eine heftige Iritis sich einstellte. Eine lebhafte ziliare Injektion, das Kammerwasser getrübt, die Regenbogenhaut fahl, die Fasern vollkommen verwischt, am Rande der Pupille ein gräulich-roter Knoten mit einem Durchmesser von 3—4 mm, die Pupille eng. Während der Quecksilbereinreibungen verschlimmerte sich der Zustand, der Knoten wurde größer, und die ganze Kammer füllte ein dichtes Exsudat aus. Sie bekam subkutan $^1/_2$ g Salvarsan, worauf sich nach einigen Tagen das Exsudat aufzusaugen anfing. Am 1. Dezember war es schon beinahe ganz verschwunden. Die Pupille füllte ein Exsudathäutchen aus, der Pupillenrand ist dem Knoten entsprechend breit an die vordere Linsenkapsel angewachsen. Die Patientin bekam Einreibungen, und von dieser Zeit an wurde sie ambulant behandelt. Im Laufe einiger Wochen war das Exsudathäutchen ganz absorbiert, die breite angewachsene Stelle wurde konstant, an der Stelle des Knotens war die Regenbogenhaut in der ganzen Dicke absorbiert, und durch diese Öffnung konnte man sehen, daß in der Linse eine Trübung beginnt. Diese Trübung okkupierte nach Wochen die ganze Linse, nach Monaten fing der entstandene Star an absorbiert zu werden, so daß schon jetzt bei erweiterter Pupille ein roter Reflex von der den Randteilen der angewachsenen Stelle entgegengesetzten Seite zu sehen ist. Den Anzeichen nach handelte es sich da um eine toxische Wirkung, die zur Nekrose der Regenbogenhaut und zur Starbildung geführt hat. Wenn dies auch nicht der direkten Wirkung des Arsens zu-

Digitized by Google

zuschreiben ist, können wir uns doch vor der Eventualität nicht verschließen, daß das Toxin der abgestorbenen Spirochäten die schwere Komplikation hervorgerufen hat.

Porosz-Budapest.

Salvarsan und das Auge, von J. Fejér-Budapest. (Bör-és Bujakortan, Beiblatt Budapesti Orvosi Ujság, 1911.) Verfasser beobachtete die Heilwirkung des Salvarsans bei der Behandlung der verschiedenen Augenkrankheiten wie auch die Wirkung und den Einfluß auf das Auge, wenn es bei allgemeiner Lues oder bei den luetischen Erkrankungen einzelner Organe angewendet wurde. Salvarsan irritiert nicht den Sehnerven. Dieser Ansicht war auch Ehrlich selbst. In den ersten Monaten nahm man die Injektionen nur bei intaktem Zustande der Augen vor. Verfasser war dabei so vorsichtig, daß er bei geringer Gesichtsfeldverengerung, bei Farbenverwechslung oder bei geringer Dekoloration der Papillen den betreffenden Dermatologen von der Injektion abgeredet hat. Er glaubt, dadurch den Arzt und den Patienten vor vielen Unannehmlichkeiten bewahrt zu haben. Aber man fragte nicht lange die Augenärzte, man ließ die Augenuntersuchungen einfach weg; man kümmerte sich nicht um die Augenbasis, denn es kamen die Meldungen, daß Salvarsan für den Sehnerv nicht schädlich ist. Nach Ehrlich sind die Neurorezidive keine Folgen der Arsenvergiftung, sondern sind Syphilisrezidive, die infolge ungenügender Salvarsanbehandlung entstanden sind, denn sie heilten bei antisyphilitischer Kur rasch, während durch Atoxyl oder Arsazetin hervorgerufene Optikuserkrankungen bei weiterer Atoxylbehandlung einen noch ungünstigeren Verlauf nehmen. Buschke, Finger und Rille waren entgegengesetzter Ansicht. Bei Quecksilbereinreibungen besserten sich Fälle; trotzalledem nimmt Verfasser die syphilitische Ätiologie nicht an, weil seiner Ansicht nach die Erkrankungen der Gehirnnerven nicht in das erste Stadium der Syphilis gehören und das Arsen einen Locus minoris resistentiae geschaffen hat, auf dessen Basis sich Lues leicht entwickeln konnte. Finger hält seine Ansicht aufrecht, daß die Erkrankungen der Sinnesorgane oft in ungewohnter und bisher nicht beobachteter Weise in der ersten Periode der Lues vorkommen. Nach seiner Ansicht sind die Erscheinungen direkte Folgen der Salvarsanwirkung, oder das Salvarsan schafft einen Locus minoris resistentiae, wo Lues sich leicht lokalisiert. Verfasser beschreibt drei Fälle. 1. Ein 32jähriger Mann akquirierte Ende September 1910 Ulcus durum. Am 24. November bekam er 0,40 Salvarsaninjektion intravenös. Vor dem Verfahren wurde die Augenbasis intakt gefunden. Am 22. Dezember trat linksseitige Faziallähmung auf, die nach Enesolinjektionen und Elektrisieren im Januar geheilt war. Ende Dezember fing der Patient an, auf dem linken Auge schlecht zu sehen. Auf der Haut und in den Organen war nirgends eine luetische Erkrankung zu finden. Verfasser sah selten eine solch hochgradige Stauungspapille. Der Sehnerv links war rein galllertartig infiltriert. Nach Schmierkur trat eine langsame Besserung ein. Nach Einschmieren von 90 g gab die Gedunsenheit der Papille nach und die Umgebung fing an rein zu werden. 2. Ein 43jähriger Mann akquirierte im September 1910 Ulkus und bekam die erste Salvarsaninjektion subkutan anfangs Oktober. Am 9. Januar wurde Augenbasisuntersuchung vorgenommen, denn Ende Dezember traten Schwindel, Kopfschmerzen, Mattigkeit, kurz meningeale Symptome auf. Die Augenbasis war intakt. Nach der zweiten Injektion, am 22. Januar, war Patient arbeitsfähig. Am 17. April klagte Patient wieder über unklares Sehen, aber bei oberflächlicher Untersuchung fand Verfasser nur einen geringen ziliaren Reiz. Am 20. April erweiterte er die Pupille mit Atropin und fand: Das Sehen auf dem rechten Auge $^{2}/_{70}$—$5 \cdot 0^{5}/_{10}$ großer Konus nach außen, Sehen des linken Auges $^{1}/_{140}$—$4 \cdot 0^{5}/_{20}$. Die Ursache der Abnahme der Sehschärfe des linken Auges lag in der hochgradigen Gedunsenheit der Papille und in der Trübung der hinteren Schichten des Glaskörpers. Verfasser war überzeugt, daß die Entwicklung der einseitigen Papillitis

Digitized by Google

vom Salvarsan hervorgerufen worden ist. Er empfahl Quecksilberschmierkuren, weil Quecksilber eine resorbierende Wirkung hat. Nach der Beobachtung des behandelnden Arztes besserte sich die Sehschärfe bedeutend, und die Klagen hörten auf. 3. Ein 40jähriger Mann bekam wegen makulopapuloser Syphilis am 1. Dezember 0,50 g Salvarsan subkutan. Vor der Injektion war das Auge intakt. Ende Januar war das linke Auge entzündet, schmerzhaft, und Patient fing an schlecht zu sehen. Am 2. März fand Verfasser das Krankenbild einer schweren Iridochorioiditis, mit hochgradiger Glaskörpertrübung. Auch das Lichtgefühl war mangelhaft. Das rechte Auge war ganz intakt. Bisher hörte man nur von der neurotropen Wirkung des Salvarsans, aber daß das Mittel auf ein blutgefäßreiches Gewebe (Chorioidea) eine Entzündung und Exsudation hervorrufende Wirkung hätte, war dem Verfasser unbekannt. In allen drei Fällen konnte Fejér einen gemeinschaftlichen Zug entdecken, nämlich ein bedeutendes Exsudat, das Entzündungsprodukt, das Verfasser in dem Sehnerv und in den hinteren Schichten des Glaskörpers beider Fälle und in dem Glaskörper des letzten Falles entdeckt hat. Ein solch hochgradiges Papillenexsudat und Chorioiditis sah Verfasser bisher in keiner Periode der Lues. Er war daher gezwungen, daran zu denken, daß Salvarsan in irgend einer Weise den Ausbruch und die Entwicklung der Entzündung beeinflußt oder gefördert hat. Zwischen Finger's und Fejér's Fällen ist nur der eine Umstand identisch, daß die Salvarsaninjektion in der ersten Periode der Lues dosiert worden ist, doch trat beim Verfasser eine einseitige Papillitis auf. Schließlich besserten sich die Fälle nach Schmierkuren in großem Maße. Solche Symptome wurden früher nicht beobachtet.

Porosz-Budapest.

Vorläufiger Bericht über die Wirkung des Salvarsans bei syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Auges bzw. auf die gesunden Augen Syphilitischer, von M. Rosenbaum-New York. (Med. Record, 22. Juli 1911.) Bericht über 22 Fälle; gute Resultate in sekundären und tertiären Erkrankungen des Uvealtraktes; keine erheblichen subjektiven oder objektiven Störungen an den gesunden Augen Syphilitischer, keinerlei merkbare Besserung bei Parasyphilitischen und in Fällen von Optikusatrophie.

W. Lehmann-Stettin.

Bedeutung des Salvarsans in der Behandlung der diffusen parenchymatösen Keratitis, von Boleslaw Wicherkiewicz. (Prz. Lekarski, 1911, Nr. 28.) An der Hand der Resultate bei 14 mit Salvarsan behandelten Fällen von Keratitis parenchymatosa kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1. Salvarsan, das ein ausgezeichnetes Mittel für die Behandlung verschiedener luetischer Augenkrankheiten bildet, wirkt auf die parenchymatöse Keratitis weniger günstig. 2. Der Einfluß läßt sich aber auch hier nicht leugnen, besonders in den schweren Formen, indem es die Lichtscheu, den Lidkrampf und die Injektion der Bindehäute beseitigt, wonach auch die Vaskularisation der Hornhäute rasch abnimmt. 3. In den Fällen ohne Vaskularisation erfolgt die Aufhellung der Hornhäute zwar sehr rasch, aber nur an der Peripherie. 4. Die intravenöse und intramuskuläre Anwendung des Salvarsans scheinen die wirksamsten zu sein, aber auch die subkutane wirkt ziemlich rasch. 5. Neben der Salvarsananwendung soll auch die übliche lokale Behandlung nicht vernachlässigt werden, ebensowenig wie die Anwendung roborierender Diät und — je nach dem Verlauf — die Jod- und Quecksilbermedikation.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zur Frage der Behandlung der Entzündungen des Sehnerven mit Salvarsan, von Wiktor Reis. (Prz. Lekarski, 1911, Nr. 28.) Verf. beobachtete 3 Fälle von Entzündung des Sehnerven, die mit Salvarsan behandelt wurden. In dem ersten Falle handelte es sich um eine geringgradige Neuritis optica bei einem Syphilitiker, der vor 12 Jahren Lues akquirierte und dieselbe nur sehr mangelhaft behandelte. Nach

Digitized by Google

einer intramuskulären Salvarsaninjektion wurde eine wesentliche Besserung erzielt. Dagegen war der Erfolg negativ bei den zwei anderen Kranken. Der eine davon wurde vor einigen Monaten wegen schwerer sekundärer Erscheinungen an der Haut und an den Schleimhäuten mit 8 Injektionen von Atoxyl und dann mit 40 Einreibungen behandelt; trotzdem kam es zu einem schweren Rezidiv in Form von Veränderungen an der Haut und gleichzeitigem Auftreten einer Neuritis optici. Da diese letztere nicht den Charakter einer Atoxylneuritis hatte, wurde Salvarsan (0,6 subkutan) eingespritzt. Weder auf die spezifischen Hauterscheinungen, noch auf die Neuritis konnte nach dieser Einspritzung Veränderungen beobachtet werden, dagegen verschlimmerte sich die letztere wesentlich nach ein paar Wochen. Es wurde nun eine zweite Injektion von Salvarsan (0,6) angewendet, aber auch diesmal wurde keine Besserung der luetischen Symptome erzielt, und der Entzündungsprozeß schritt immer weiter fort. Da es sich um drohende Erblindung des Kranken handelte, wurde auf die weitere Salvarsanbehandlung verzichtet und zu Quecksilbereinreibungen übergegangen; bereits nach 20 Friktionen erzielte Patient normale Sehschärfe, und gleichzeitig gingen auch die übrigen luetischen Symptome zurück. Im 3. Falle handelte es sich um einen 25 jährigen Mann mit Neuroretinitis und Chorioiditis peripherica, bei dem vor 3 Monaten wegen frischer luetischer Infektion Salvarsan subkutan eingespritzt wurde. Der Versuch, dieses Neurorezidiv und die gleichzeitig aufgetretenen Hauterkrankungen mit zwei weiteren Salvarsaninjektionen zu beseitigen, mißlang, und es wurde dies erst nach der Einreibungskur erreicht. Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zum Schlusse, daß die Entzündungen im Sehnerven keineswegs eine unbedingte Kontraindikation für die Salvarsananwendung bilden; man kann in jedem Falle mit der Salvarsanbehandlung beginnen; wo man aber sieht, daß der Entzündungsprozeß sich nicht bessert oder sogar weiterzuschreiten beginnt, muß sofort eine energische Quecksilberkur eingeleitet werden.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Neuritis optica und Salvarsan, von E. Jeanselme und Ch. Coutela. (Bull. et mém. d. l. soc. méd. des hôpit. de Paris, 2. Juni 1911.) Bericht über 2 Kranke. Die eine bekam 4 Monate nach 0,4 Salvarsan intramuskulär beiderseitige Neuritis optica, die sich auf 0,4 und 0,45 Salvarsan intravenös besserte. Die andere hatte nach Hg eine Neuritis optica rechts bekommen, die ebenfalls auf Salvarsan zurückging.

Richard Frühwald-Leipzig.

Retinitis exsudativa syphilitica. Daten zur Heilwirkung des Salvarsans, von W. Goldzieher-Budapest. (Szemészeti Lapok, Beiblatt der Budapest Orvosi Ujság, 1911, Nr. 2.) Ein 24 jähriger Mann akquirierte vor etwa 2 Jahren Syphilis und bekam 26 Injektionen. Im September 1909 entwickelte sich eine linksseitige Hemiplegie; Patient verbrachte 8 Monate im Spitale und bekam nach seiner Aussage 60 Sublimatinjektionen. Die Hemiplegie besserte sich, aber vor einem Jahre traten Hautsyphilide und Kondylomata ad anum auf, und er bekam 0,5 Salvarsan. Vor 4 Monaten nahm Patient wahr, daß er auf dem linken Auge nicht sieht und suchte deshalb die ophthalmologische Abteilung des Verfassers auf. Bei voller Intaktheit der äußeren Organe so auch der vorderen Teile des Glaskörpers zeigte sich nur in den hinteren Schichten desselben eine feine Dunkelheit. Die Veränderungen berührten auch die Papille. Ein hellgräuliches Infiltrat saß in den vorderen Schichten der Retina, vermutlich unter den Adern. Die Papille aber war kaum sichtbar. Über dem oberen nasalen Rande der Papille erhob sich eine kreideweiße große Plaquefläche; neben ihr mehrere gestreifte und fleckige blutunterlaufene Stellen. Die Macula lutea war ödematös gefärbt. Auf der zentralen Stelle der Fovea ein kirschroter Fleck (Plaque), den man als Durchlöcherung der Fovea centralis kennt. Das Gesicht des Auges beschränkte sich nur auf das Finger-

Digitized by Google

zählen. Das rechte Auge war vollkommen gesund. Es wurde eine Kromayersche ölige Salvarsansuspension inter scapulas injiziert. Die retinalen Veränderungen entwickelten sich rapid zurück, und das Gesicht war dementsprechend ständig besser, so daß der Augengrund vollkommen normal geworden ist, die Fovea centralis ausgenommen, in der die rote Plaque mit dem weißen Saume bis zum Schlusse der Beobachtung noch immer sichtbar war. Während der Zeit, in der die großen Veränderungen des kranken Auges sich infolge der Wirkung des Salvarsans zurückgebildet haben, entstand in dem bisher vollkommen intakten und beinahe jeden Tag untersuchten rechten Auge eine diffuse Retinitis, mit sehr schönen, für den syphilitischen Ursprung charakteristischen Adernveränderungen und zwar mit ausgeprägter Periarteriitis. Porosz-Budapest.

Doppelseitige Akkomodationslähmung nach Salvarsan, von Makrocki-Potsdam. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 31.) Ein 22jähriges Mädchen bekam 3 Monate nach der Infektion mit Syphilis 0,6 Salvarsan und 4 Tage später die gleiche Dosis intraglutäal. 2 Tage später setzt eine doppelseitige Akkomodationsparese und alsbald -lähmung ein, die ohne Behandlung in 4 Wochen schwindet. Verfasser nimmt als Ursache eine Herxheimersche Reaktion an und glaubt, daß zu hohe Dosierung dieses Symptom hervorrufe, indem infolge Zugrundegehens der Spirochätenleiber Endotoxin in Masse frei wird oder das artfremde Eiweiß der Spirochätenleiber resorbiert wird und die Lähmung in der gleichen Weise zustande bringt, wie die nach Diphtheriegift oder bei den verschiedenen Formen des Botulismus. Arthur Schucht-Danzig.

Kasuistik der Salvarsanwirkung bei Lues der oberen Luftwege, von O. Chiari-Wien (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 35.) Es werden einige Fälle mitgeteilt, von denen besonders einer, wo das Salvarsan das Weitergreifen der Nekrose des Ringknorpels verhinderte, und ein anderer, wo sich alte subglottische und andere Infiltrate zurückbildeten, die anderen Heilmitteln hartnäckig zu widerstehen pflegen, hervorgehoben werden. Unangenehme lokale Reaktionen wurden nicht beobachtet. Bemerkt sei noch, daß Verfasser glaubt, die intramuskuläre Injektion einer Paraffinum liquidum-Emulsion empfehlen zu können. Arthur Schucht-Danzig.

Die Wirkung des Salvarsans auf Syphilis der oberen Luftwege, Sklerom, Plaut-Vincentsche Angina und Skorbut, von Gerber-Königsberg i. Pr. (Arch. f. Laryngol., Bd. 24, Heft 3.) Dauernde üble Nebenwirkungen wurden sowohl bei intramuskulärer wie intravenöser Injektionstechnik nicht beobachtet. Sowohl bei sekundären wie tertiären Erscheinungen wurden gute Heilerfolge erzielt, bei letzteren etwas langsamer eintretend. Besonders hervorgehoben wird das Heilresultat in einem Falle von Larynxstenose höchsten Grades, der seit 3 Jahren trotz Inunktionen, Jod, Injektionen, Katheterismus und Bougierung des Kehlkopfes schwerste Stenoseerscheinungen bot. Hier wurde nach Salvarsan das durch anscheinend derbes, schwieliges Narbengewebe zu einem schmalen Spalt verengte Kehlkopflumen wieder zu einer normalen Glottis. Von nichtsyphilitischen Erkrankungen wurde bei Sklerom kein Erfolg erzielt. In anscheinend spezifischer Weise heilten zwei Fälle von Plaut-Vincentscher Angina (Spirochaeta Vincenti). Bei dem einen dieser beiden Fälle war ziemlich sicher ein Skorbut vorausgegangen, wenn nicht die ganze Erkrankung: Gingivo-Stomato-Tonsillitis ulcerosa auf skorbutischer Basis beruhte. Mit Recht wird auf die Bedeutung des Mittels für den Schutz der Gesunden durch die schnelle Überhäutung aller ulzerösen Prozesse hingewiesen. Arthur Schucht-Danzig.

Schwere tertiäre Syphilis des Larynx mit Salvarsan behandelt, von Hicguet. (Policlinique, 1911, Nr. 13.) Es handelte sich um eine äußerst rapid entstandene Infiltration der Arytänoidknorpel, welche den ganzen Larynx stenosierte und bei einem 23jährigen Mädchen 1 Jahr nach der Infektion aufgetreten war. Nach der intra-

Digitized by Google

venösen Injektion von 0,6 Salvarsan mußte wegen Erstickungungsgefahr tracheotomiert werden. Trotzdem ging die Affektion in wenigen Tagen zurück.

Gunsett-Straßburg.

Akute Nephritis nach intravenöser Injektion von Salvarsan, von Henry Tucker-Philadelphia. (Ther. Gaz., 1911, 15. Sept.) Verf. hat unter einer Reihe sehr günstig verlaufener Fälle zwei fatale Zwischenfälle gehabt, die er berichtet. Im ersten bekam ein sonst gesunder, kräftiger 30jähriger Mann mit frischer Syphilis und stark positivem Wassermann 0,6 g Salvarsan intravenös. Eine Stunde später Erbrechen, Schüttelfrost, Temperatur bis 38°, Puls 126, Atmung 34. Am folgenden Tage wässeriger Durchfall, Anurie, Puls schwach, Dyspnöe, Tod. Im zweiten Falle nach der Salvarsaninjektion (0,6 g) fast unstillbares Erbrechen, wässerige Durchfälle, Temperatur 41°, Puls 120, Respiration 30. Am anderen Tage subnormale Temperatur 35°, vollkommene Anurie, die zwei Tage anhielt; vom dritten Tage langsam zunehmende Urinmengen. Am 6. Tage war der Urin, der bis dahin Eiweiß, granulierte Zylinder und Blut enthielt, normal. Auftreten einer ausgebreiteten Herpeseruption im Gesicht. Die übrigen Schlußfolgerungen, die Verf. aus seinen Erfahrungen mit Salvarsan zieht, sind relativ günstig und bringen nichts Neues. W. Lehmann-Stettin.

Syphilis, Nephritis und Salvarsan, von A. Gouget. (Presse méd., 1911, Nr. 40.) Bericht über folgende von anderen Ärzten beobachtete Fälle: 1. Widal und Javal (Soc. méd. des hôp., 20. Jan. 1911) beobachteten einen seit 14 Monaten an starker Albuminurie erkrankten jungen Mann. Es werden 10 bis 14‰ Album ausgeschieden, außerdem bestanden eine starke Chlorretention und Ödeme. Der Kranke hatte früher Injektionen von benzoesaurem Hg ohne Erfolg erhalten. Nach intravenöser Injektion von 0,6 Salvarsan blieb in der ersten Woche die Eiweißausscheidung gleich, fiel dann bis auf 2½‰ und hielt sich während des folgenden Monats zwischen 1 und 2,6‰. 2. Siredey (Soc. méd. des hôp., 20. Jan. 1911) berichtet über einen anderen Syphilitiker mit 0,5—0,6‰ Albumen und sklerogummöser Glossitis im 6. Monat seiner Erkrankung. Injektionen mit Hydrargyrum bijodatum waren wirkungslos, während 0.6 g Salvarsan intravenös eine sofortige Besserung der Zunge und Verschwinden des Eiweißes erzeugten. 3. Caussade und Regnard (Soc. méd. des hôp., 10. Febr. 1911) teilen folgenden Fall mit: Ein seit 9 Jahren an Lues erkrankter 33jähriger Mann leidet seit 3 Jahren an Nephritis, die immer mit hoher Eiweißausscheidung einherging (9‰). Zuletzt trat ein urämischer Zustand ein, es wurden nur 400—500 g Urin mit 9—12‰ Eiweiß entleert. Auch wurde eine vollständige Undurchgängigkeit der Nieren für Salizylsäure festgestellt. In diesem Zustand wurde 0,3 Salvarsan intravenös gegeben. Daraufhin fiel die Diurese auf 50—70 cm, das Eiweiß stieg bis auf 33‰, und nach 9 Tagen einer beinahe völligen Anurie trat der Tod ein. Bei der Autopsie fand sich eine bunte Niere und kleine hämorrhagische Erosionen im Magen. Gunsett-Straßburg.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über einen Fall von polymorpher schmerzhafter akuter Dermatose, von A. Popoff. (Thèse de Nancy, 1910.) Fritz Loeb-München.

Verschiedenes.

Die zweite Tagung der zu einer zwanglosen **Vereinigung** zusammengetretenen **Nordwestdeutschen Dermatologen** fand am 31. März d. J. im Dermatologikum von Prof. Unna statt. Der Einladung waren eine stattliche Zahl von Herren aus Altona,

Digitized by Google

Bremen, Flensburg, Hamburg, Hannover, Kiel, Lübeck, Münster, Wilhelmshaven usw. gefolgt.

Die Tagung wurde eingeleitet mit einem Vortrag des Hamburger Pathologen 1. Eugen Fränkel, Klinik und Pathologie der Hautveränderungen bei Allgemeininfektion mit dem Bac. pyoceaneus (mit Autochromen und Diapositiven). — 2. Ed. Arning, a) Fall zur Diagnose (in die Dermatitis herpetiformis-Klasse gehörend); b) Multiple Karzinommetastasen der Haut. Primärtumor noch unbestimmt; c) Leukonychie; d) Fall zur Diagnose (papulöses luesähnliches Exanthem). — 3. Boltz, Ausgedehnter Fall von Argyrie. — 4. Brinitzer, Lupus follicul. disseminatus sive miliaris. — 5. Delbanco, a) Hodenatrophie nach primärer Orchitis unbestimmter Ätiologie; b) Kraurosis glandis et praeputii penis; c) Kartenblatt- und punktförmige Sklerodermie (Skleratrophie). — 6. K. Unna jr., Atrophia cutis idiopathica. — 7. Wolff, 3 Fälle von Ulerythema centrifugum (1 Fall von akutem Uleryth. centrif.). — 8. Paul Unna jr., Parakeratosis variegata. — 9. Reimann, a) Elefantiasis (2 Fälle); b) Urticaria pigmentosa. — 10. Merian, a) Granuloma fungoides (ausgedehnter Fall, vor 2 Jahren durch Röntgenstrahlen geheilt); b) Hautaktinomykose; c) Tierfellnävus (Therapie?); d) Alopecia totalis nach Angina; e) Familiäre Alopecia areata; f) Erythema induratum Bazin; g) Papulo-nekrotisches Tuberkulid. — 11. Hannes, 2 Fälle von ausgedehntem papulo-nekrotischen Tuberkulid (in dem einen Fall nach Pirquet Geschwür). — 12. Wichmann, Moulagen seltener Tuberkulidformen (u. a. korymbiformes Tuberkulid). — 13. Paul Unna jr., a) Ichthyosis serpentina totalis; b) Ichthyosis nitida + hystrix (Naevus linearis?); c) Ichthyosis + Ekzema callosum + cutis verticis et frontis gyrata (Neurodermitis?); d) Myxödem + Warzen; e) Cutis verticis gyrata acquisita nach Folliculitis capitis; f) Ulcus rodens (nach vergeblicher Behandlung mit allen physikal. Mitteln durch kombinierte Sauerstofftherapie beseitigt, Kali chlor. pur. + Perhydrol); g) Ausgedehntes universelles Syringadenom; h) Adenoma sebaceum, Typus Pringle; i) Eucerin-Präparate und ihre Theorie. 14. Karl Unna jr., a) Xanthom mit Fettstuhldiathese (Bericht über einen zweiten weit ausgedehnteren Fall); b) Tuberkulöse Familie (3 Brüder mit Lupus vulgaris, Lupus erythemat. und Halsdrüsenlupus); c) Atrophierende Alopecie; d) Lichtschutzbehandlung (4 Fälle), Theorie neuerer Lichtschutzmittel. — 15. P. G. Unna, a) Borcks Sarkoid, Bericht über einen zweiten Fall (Photographie); b) Lepra, α) Tuberkuloide Lepra, seit einem Jahr geheilt (1 Fall), β) Kutane Knotenlepra (1 Fall), γ) Subkutanes Leprid (1 Fall), δ) Nervenlepra mit Atrophien (1 Fall), ε) Präparate der Doppelfärbung der Leprabazillen zur Kontrolle der Behandlung. — 16. Engelmann, Zur Klinik und Therapie der Nasen- und Kehlkopflepra. — Die Tagung wurde geschlossen durch einen Vortrag von 17. P. G. Unna, Reduktions- und Sauerstofforte der Haut.

An die Demonstrationen, welche zum überwiegenden Teil durch mikroskopische Präparate ergänzt wurden, schlossen sich sehr anregende Diskussionen.

E. Delbanco-Hamburg.

Am internationalen Dermatologenkongreß in Rom ist die Gründung einer **internationalen dermatologischen Gesellschaft** beschlossen worden.

Dem Privatdozenten Dr. Hans Hübner in Marburg wurde ein Lehrauftrag für Haut- und Geschlechtskrankheiten verliehen.

Dr. J. Benario ist zum wissenschaftlichen Mitglied des Königl. Institutes für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. ernannt worden.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

18. Mai 1912 | Nr. 20 | Band 54

Über eine sonderbare menstruelle Hauterscheinung.

Von

Dr. Karl Rühl,

Oberassistent der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Poliklinik „Umberto I" und des städtischen Ambulatoriums für Geschlechtskrankheiten in Turin.

Die von mir bei einer jungen 23jährigen Ehefrau zufällig gemachte Beobachtung, daß während der Menses die goldenen Schmuckgegenstände, wie goldene Ringe, Armbänder, Halsketten usw., die Haut an den Stellen, wo sie mit dieser in fortwährender Berührung waren, schwarz färbten, veranlaßten mich, zuerst in diesem Fall die Erscheinung näher zu untersuchen und dann in weiteren Kreisen eine Umfrage zu halten, um festzustellen, ob es sich um eine vereinzelt stehende, mit besonderen Zuständen der betreffenden Frau, oder um eine auch sonst öfters vorkommende Erscheinung handelte.

Am nächsten lag wohl die Annahme, daß die Schwarzfärbung der Haut einfach von dem niedrigen Titel der Goldlegierungen, d. h. von einem starken Gehalt derselben an Kupfer oder an sonstigen minderwertigen Metallen abhinge. Diese Möglichkeit konnte ich aber mit ziemlicher Sicherheit ausschließen. Es handelte sich um mehrere Gegenstände: 5 Ringe, 2 Armbänder und 1 Halskette, welche von verschiedenen Lieferanten herstammten, und es wäre doch höchst merkwürdig gewesen, daß sie alle von minderwertiger Goldlegierung gewesen wären. Ich erkundigte mich außerdem über einige Ringe näher, und es wurde mir bestimmt angegeben, es handle sich um 18karätiges Gold. Eine chemische Analyse wurde nicht ausgeführt. Den überzeugendsten Beweis gab jedoch die Tatsache ab, daß die Schwarzfärbung der Haut nur zu ganz bestimmten Zeiten stattfand, denn eine Minderwertigkeit des Goldes hätte doch eine fortwährende tagtägliche Beschmutzung der Haut zur Folge haben sollen, was hingegen nicht der Fall war.

Die junge Frau gab an, sie habe die Erscheinung zum erstenmal nach ihrer Heirat beobachtet; sie trete regelmäßig einige (1—6) Tage vor der Periode ein und dauere bis zum letzten oder vorletzten Tage derselben fort. Ob die Erscheinung sofort bei der ersten Menstruation

Digitized by Google

nach der Heirat eingetreten war oder erst später, konnte sie nicht angeben. Um die Angaben der Frau soweit wie möglich zu kontrollieren, hielt ich sie mehrere Monate unter tagtäglicher Beobachtung, was mir keine besonderen Schwierigkeiten machte, da es sich um eine Verwandte von mir handelte.

Ich konnte somit de visu feststellen, daß tatsächlich während der intermenstruellen Zeit keine Schwarzfärbung der Haut eintrat, während eine solche regelmäßig während der prämenstruellen und menstruellen Periode stattfand. Bemerkenswert und von einer gewissen Bedeutung war die Tatsache, daß an einem extramenstruellen Abend, wo die junge Frau ziemlich flott tanzte und auch ziemlich stark schwitzte, absolut keine Schwarzfärbung der Haut eintrat, was wohl die Annahme gestattet, daß der Schweiß bei dem Zustandekommen der Erscheinung keine oder höchstens eine Nebenrolle spielte.

Aus meiner Umfrage ergab sich, daß dieser Fall durchaus keine große Seltenheit bildete; ich konnte nämlich im Kreise meiner Bekanntschaften ohne Schwierigkeiten mehrere andere ausfindig machen. Ich will über dieselben kurz berichten und beginne, zur Vervollständigung des oben Gesagten, mit der Anführung einiger anamnestischer Daten, die sich auf den ersten von mir beobachteten Fall beziehen.

1. A. B. geb. C., 23 Jahre alt. Nichts Bemerkenswertes in der Anamnese. Seit drei Jahren verheiratet. Kinderlos. Hat erst nach der Heirat beobachtet, daß in der prämenstrualen und menstrualen Periode alle goldenen Schmucksachen an den Stellen, wo sie mit der Haut in Berührung stehen, diese schwarz färben.

Ich selbst konnte mehrmals diese Erscheinung bei ihr de visu konstatieren und dabei feststellen, daß es sich nicht um eine Pigmentierung der Haut, sondern um die Ablagerung einer schwarzen oder schwärzlichen Substanz auf derselben handelte, welche mit etwas Wasser und Seife abgewaschen werden konnte, und daß, nach Entfernung des schwarzen Stoffes, eine in jeder Hinsicht normale Haut zum Vorschein kam.

2. A. B. geb. J., 73 Jahre alt, seit 40 Jahren verwitwet. Fünf Geburten. Hat nie schwere Krankheiten durchgemacht. Sie gibt an, soweit ihr Gedächtnis reicht, stets beobachtet zu haben, daß sich die Haut zur Zeit der Menses an den Stellen, wo sie Goldringe trug, schwarz färbte. Kann nicht angeben, ob diese Erscheinung auch vor der Heirat eintrat, da sie vor dieser nie Ringe oder sonstigen goldenen Schmuck getragen hat. Ihr Gedächtnis gestattet ihr auch nicht die Angabe, ob die Erscheinung auch während der Schwangerschaften und der Puerperien eintrat. Gibt hingegen bestimmt an, daß die Erscheinung nach Eintritt des Klimakteriums aufhörte. Sie zeigt mir ihren Ehering, welcher auf der Innenseite auf mehr als die Hälfte abgenutzt ist, als ob er allmählich abgefressen worden wäre.

3. G. R. geb. P., 35 Jahre alt; heiratete im Alter von 22 Jahren; ist seit zwei Jahren Witwe. Hat in dem zweiten Ehejahre angeblich eine Tubargravidität durchgemacht; es scheint jedoch, als ob dies nur ihr eingeredet worden sei, während alle ihre Angaben für eine gonorrhöische Salpyngo-Ovaritis sprechen.

Sie gibt an, seitdem sie verheiratet ist, stets die menstruelle Schwarzfärbung der Haut beobachtet zu haben. Ob diese auch vor der Heirat eintrat, kann sie nicht bestimmt angeben; glaubt es aber verneinen zu können.

Digitized by Google

Ich selbst hatte Gelegenheit, die Erscheinung bei ihr mehrmals zu konstatieren. Einmal beobachtete ich zwei Tage vor dem Eintritt der Menstruation einen talergroßen schwarzen Fleck auf der Brust an der Stelle, wo die Dame während 3—4 Stunden ein Anhängsel (Pendentif) getragen hatte, dessen vordere Fläche mit Diamanten und Perlen besetzt, die hintere Fläche nicht aus Gold, sondern aus Platin gebildet war.

4. C. W. geb. B.; 40 Jahre alt. Heiratete im Alter von 24 Jahren. Die Ehe erbrachte drei Kinder. Nichts Bemerkenswertes in der Anamnese.

Während der ersten Ehemonaten fiel ihr und ihrem Gatten die Schwarzfärbung der Haut an den Berührungsstellen mit dem Ehering auf. Sie dachten zuerst an eine Minderwertigkeit der Goldlegierung und ließen den Ring chemisch analysieren; die Analyse zeigte aber, daß es sich um normales, 18karätiges Gold handelte. Erst später wurden sie darauf aufmerksam, daß die Schwarzfärbung der Haut mit der prämenstruellen und menstruellen Periode zusammentraf.

Es wurden mir noch mehrere weitere Fälle dieser Art bekannt; ich will aber, der Kürze halber, und weil es sich um Daten handelt, die mir nicht von den betreffenden Frauen selbst, sondern von dritten Personen mitgeteilt wurden, auf eine Schilderung derselben verzichten.

Die vier angeführten Fälle zeigen also, daß bei gewissen Frauen die Haut während der prämenstruellen und menstruellen Periode die Eigenschaft besitzt, sich durch mehrstündige Berührung mit goldenen (und Platin-) Gegenständen schwarz zu färben. Durch meine direkte Untersuchung konnte ich feststellen, daß es sich dabei nicht um eine anatomische Veränderung der Haut, sondern um die Ablagerung eines Fremdstoffes auf der Haut handelte.

Wie erklärt sich nun diese Erscheinung? Daß es sich nicht nur um eine zufällig mit dem Prämenstruum und der Menstruation zusammentreffende Erscheinung handelt, konnte ich selbst — abgesehen von den Angaben der betreffenden Frauen — durch eigene Beobachtung feststellen. Ebenso konnte ich selbst konstatieren, daß die Erscheinung nicht auf den Schweiß an und für sich zurückzuführen ist; dies ist besonders durch die bei Fall 1 gemachte und oben erwähnte Beobachtung bewiesen, daß in einer extramenstruellen Zeitperiode trotz starkem Schwitzen keine Schwarzfärbung eintrat.

Es handelt sich also um eine strikte, mit der prämenstruellen und menstruellen Periode zusammenhängende Erscheinung.

Was ihre Erklärung anbelangt, so liegt meines Erachtens die Annahme am nächsten, daß die Haut während der beiden erwähnten, eng miteinander verbundenen Perioden des geschlechtlichen weiblichen Lebens besondere Stoffe ausscheide, welche imstande sind, die Goldlegierungen, aus welchen die Schmuckstücke zusammengesetzt sind, anzugreifen und zu zersetzen, und daß durch diesen chemischen Prozeß Stoffe entstehen, welche sich in Form einer schwarzen, dünnen Schicht auf der Haut ablagern. Daß hierbei auch das mechanische Moment der fortwährenden,

Digitized by Google

wenn auch leichten Reibung eine Rolle spielt, ist wahrscheinlich; es kann sich jedoch nur um eine Nebenrolle handeln.

Wenn wir uns die neueren Errungenschaften auf dem Gebiete der Physiologie des Weibes und besonders der Physiologie der Ovulation und Menstruation vergegenwärtigen, so finden wir mehrere Erscheinungen, welche mit der von mir beobachteten in Einklang stehen oder eine gewisse Verwandtschaft mit ihr haben und die von mir aufgestellte Annahme sehr wahrscheinlich erscheinen lassen.

Die Untersuchungen zahlreicher Verfasser gestatten wohl heute, wie Klein [1]) mit Recht bemerkt, die Annahme, daß die menstruellen Veränderungen der Uterusschleimhaut und die Menses überhaupt mit dem Übergehen eines vom Ovarium produzierten Stoffes in die Blutbahn zusammenhängen.

Monari [2]) hat beobachtet, daß das menstruale Blut toxischer als das aus einer Vene entnommene ist. Febré und Bestion [3]) haben nachgewiesen, daß der Ovariensaft auf Tiere, und zwar mehr auf männliche als auf weibliche, eine toxische Wirkung ausübt. Zu ähnlichen Resultaten sind Livon [4]) und Fédoroff [5]) gelangt. Keiffer [6]) behauptet, das menstruale Blut enthalte eine gefäßerweiternde Substanz. Charrin [7]) fand, daß das während der Menstruation durch Schröpfung des Uterushalses gewonnene Blut viel toxischer als das während der extramenstrualen Zeit entnommene Blut ist, und konstatierte ferner, daß das Blutserum während des Prämenstruums eine maximale Giftigkeit für Kaninchen aufweist, welche bei begonnener Menstruation sofort abnimmt; er glaubt auf eine prämenstruelle Toxihämie schließen zu können. Schickele [8]) schließt aus seinen Untersuchungen, daß sowohl der Ovarienextrakt wie das menstruale Blut den arteriellen Druck herabsetzend und die Blutgerinnung verzögernd wirkt, und führt diese Wirkung auf alkohol-, äther- und petrolätherlösliche, azeton- und chloroformunlösliche Stoffe, welche der Gruppe der Lipoide angehören sollen, zurück.

---

[1]) G. Klein, Über Ursache und Bedeutung der menstruellen Blutung. Münch. med. Wochenschr., 1911, H. 19, S. 997.

[2]) A. Monari, La clorosi, Modena 1900.

[3]) Zit. von J. Willemin, Le corps jaune. Thèse de Lyon, 1908.

[4]) Zit. von Willemin, a. a. O.

[5]) Zit. von Willemin, a. a. O.

[6]) Zit. von N. Arcangeli, Sulla patogenesi della clorosi. Rivista ospedaliera, 1912, Nr. 2.

[7]) Zit. bei C. Merletti, Le funzione menstruale. Annali di ostet. e Ginecol., 1900. Nr. 9, 10, 11.)

[8]) Schickele, Die Rolle des Ovariums unter den innersekretorischen Drüsen. Verhandl. des Kongresses in Wiesbaden, 1911.

Digitized by Google

Poggi[1]), Ricca-Barberis[2]), Marbé[3]) u. a. haben nachgewiesen, daß während der prämenstrualen und menstrualen Periode Veränderungen der Blutbeschaffenheit eintreten, welche höchstwahrscheinlich auf die innere Sekretion des Corpus luteum zurückzuführen sind, die im Augenblick des Beginnes der Menstruation ihren Höhepunkt erreicht. Sennert[4]), Stahl[5]), Overkamp[6]), Borden[6]), Lory[6]), Hoffmann[6]), Richerand[6]) nehmen eine Art Giftigkeit des menstrualen Blutes an und behaupten, dasselbe enthalte etwas Schädliches, Scharfes, Übelriechendes, welches auf diesem Wege aus dem Körper entfernt wird.

Am ausschlaggebendsten sind aber die sorgfältigen, neuerdings in einer äußerst wertvollen Publikation[7]) zusammengestellten Untersuchungen von Ricca-Barberis. Dieser Verfasser konnte auf Grund äußerst zahlreicher Beobachtungen feststellen, daß in der Menstrualperiode das weibliche Blut stets charakteristische Veränderungen seiner Zusammensetzung zeigt, und zwar derartig charakteristische und konstante, daß Ricca-Barberis zuletzt imstande war, ausschließlich auf Grund des Blutbefundes bestimmt anzugeben, ob eine Patientin sich in der Prämenstrual- oder Menstrualperiode befand oder nicht, und sogar mit einer gewissen Annäherung anzugeben, in welcher Phase des menstrualen Zyklus sie sich befand.

Ricca-Barberis gibt ferner an, daß der Zyklus der katamenialen Blutveränderungen im wesentlichen ein toxischer Zyklus ist, so wie man ihn bei wahren und echten Vergiftungen und bei infektiös-toxischen Zuständen beobachten kann und gewöhnlich beobachtet. Er entspricht einer Intoxikation, welche sich am 6.—7. Tage vor dem Beginn der Menstrualblutung einstellt und erst nach Eintritt der Blutung oder gar erst gegen das Ende dieser oder noch später aufhört.

Einzelne Verfasser haben während der Menses Störungen der Speichelsekretion und besonders Speichelfluß beobachtet. Es ist zwar die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, daß diese Erscheinungen einen nervösen Ursprung haben. Man hat in der Tat verschiedenartige Störungen der

---

[1]) Poggi, La funzione menstruale e l'ematopoiesi nella donna. Il Policlinico, S. M., 1899, H. 1.

[2]) E. Ricca-Barberis, La morfologia del sangue nel periodo catameniale nella donna. Archivio scienze mediche, Bd. 39, 1906, H. 2.

[3]) Zit. von Perrier, Les sécrétions internes et leur influence sur le sang. Paris 1910.

[4]) Zit. von Naumann, Handbuch der medizinischen Klinik, Bd. 8, 2. Abt., Berlin 1899.

[5]) Zit. von Naumann, a. a. O.

[6]) Zit. von Ricca-Barberis, Studi ematolgiocii. Turin 1912.

[7]) Ricca-Barberis, Studi ematologici. Torino, Unione tipografico editrice torinese, 1912.

Digitized by Google

Speichelabsonderungen unter der Wirkung nervöser Faktoren, wie Nervenkompression, experimentelle Reizung der Stumpfe des N. ischiadicus, bei Hysterischen, unter dem Einflusse psychischer Momente usw., eintreten sehen. Mir scheint aber, aus Analogie mit zahlreichen Vergiftungen (Wismut, Jod, Brom, Kornutin, Akonitin, Muskarin, Phisostigmin usw.), bei denen man einen starken Speichelfluß beobachtet, die von Kynoch, Ricca-Barberis u. a. m. vertretene Meinung wahrscheinlicher, daß es sich um eine Intoxikationserscheinung handelt.

Es wurde von mehreren Seiten über Fälle von menstrualem Vomitus berichtet (Brierre de Boismont[1]), Silva[2]), Grattery[3]), Elsner[4]) u. a. m.), welcher durchaus nicht selten sein soll und von Kehrer[5]) als der Ausdruck einer toxischen Veränderung des zentralen Nervensystems betrachtet wird.

Bei manchen Frauen werden bekanntlich während der menstrualen Periode Verdauungsstörungen beobachtet; bekannt ist auch der typische fleischwasserähnliche Geruch mancher menstruierender Frauen aus dem Munde, welcher, ebenso wie die Verdauungsstörungen, dafür spricht, daß bei der Menstruation gewisse Stoffe in den allgemeinen Kreislauf gelangen und zum Teil durch die Magendrüsen ausgeschieden werden. Für eine solche Deutung spricht besonders die von Kretschy[6]) bei einer Frau mit einer Magenfistel gemachte Beobachtung, daß der Magensaft in der menstrualen Periode einen ganz besonderen üblen Geruch hatte. Da zu derselben Zeit eine Tendenz zur Steigerung der Azidität des Magensaftes konstatiert wurde, glaubt Kretschy eine Steigerung der Fäulnisprozesse als kausales Moment ausschließen zu können und führt den Geruch auf besondere durch die Magendrüsen ausgeschiedene Stoffe zurück.

Es wurden auch Fälle von menstrualem Ikterus beschrieben [Duncan[7]), Senator[8]), Fleischmann[9]), Fasbender[10]), Rouvier[11]), Metzger[12])], dessen

[1]) Zit. von Ricca-Barberis, a. a. O.

[2]) Boll. Socc. med. chir. di Pavia, 1895, und Il Policlinico, S. M., 1896, H. 3.

[3]) Grattery, Les troubles viscéraux d'origine menstruelle, Paris 1888.

[4]) Elsner, Der Einfluß der Menstruation auf die Tätigkeit des Magens. Arch. f. Verdauungskrankheiten, Bd. 5, H. 4.

[5]) Zit. von Ricca-Barberis, a. a. O.

[6]) Kretschy, Beobachtungen und Versuche an Magenfistelkranken. Deutsches Arch. f. klin. Medizin, Bd. 18, S. 527.

[7]) Zit. von Silva, a. a. O.

[8]) Berliner klin. Wochenschr., 1872.

[9]) Zit. von Silva, a. a. O.

[10]) Zit. von Ricca-Barberis, a. a. O.

[11]) Rouvier, De quelques phénomènes supplém. des règles. Ann. de gynécologie, 1879.

[12]) Zit. von Ricca-Barberis, a. a. O.

Digitized by Google

toxischer Ursprung zwar nicht bestimmt nachgewiesen ist, jedoch, aus mehreren Gründen und aus Analogie mit dem Schwangerschaftsikterus, wenigstens eine gewisse Wahrscheinlichkeit hat.

Das Blutkreislaufsystem zeigt auch oft während der menstrualen Periode verschiedenartige Veränderungen oder wenigstens Erscheinungen, welche am leichtesten durch toxische Momente zu erklären sind (Herzklopfen, zeitweilige Verschlimmerung präexistierender Herzstörungen, zeitweilige Unterdrückung der Kompensation von organischen Herzleiden usw.). Es wurden leichte, vorübergehende Ödeme ohne irgend welche Harnalterationen beobachtet, welche wohl kaum anders als durch eine Intoxikation zu erklären sind.

Stefani und Morpurgo[1]) und Astolfoni[2]) haben eine mit der katamenialen Periode zusammentreffende Verengerung der Pupille nachgewiesen und dieselbe auf eine Intoxikation zurückgeführt.

Wilkinson[3]) behauptet, in zahlreichen Fällen eine für die saugenden Kinder schädliche abführende Wirkung der Milch menstruierender Frauen beobachtet zu haben. Ransohoff[4]) und Kegel[4]) heben die Häufigkeit hervor, mit welcher bei saugenden Kindern zur Zeit der Menstruation der Amme Crusta lactea, Herpes und andere Hautkrankheiten auftreten. Tralle[5]), v. Swieten[5]), Tarnier[5]), Segond[6]), Marfan[6]), Förster[6]) sind der Ansicht, daß die Milch menstruierender Frauen eine schädliche Wirkung ausübt und beschreiben verschiedenartige Störungen, welche sie bei Kindern unter diesem Einflusse auftreten sahen. Ähnliche Beobachtungen machte Jacob[7]). Budin[8]) sah bei zwei Kindern eine Gewichtsabnahme und Erytheme. Keiffer[9]) betrachtet diese Befunde als einen Beweis für die Existenz einer katamenialen Vergiftung. Gillet[10]) hat auf Grund eigener Beobachtungen eine Statistik aufgestellt, aus welcher hervorgeht, daß 18% der saugenden Kinder während der Menstruation

---

[1]) Stefani, U. und Morpurgo, B., Sul restringimento pupillare negli alienati. Riv. di freniatria, Bd. 23, H. 2).

[2]) Astolfoni, C., Di un restringimento pupillare durante la menstruazione. Gazz. d. Osped., 1901, S. 500.

[3]) Zit. von Jacob, L., Rapports de la menstruation et de l'allaitement. Paris 1898.

[4]) Zit. von Ricca-Barberis, a. a. O.

[5]) Zit. von Roche, Ch. A. F., Influence de la menstruation de la nourice sur l'enfant qu'elle allaite. Thèse de Paris, 1901.

[6]) Zit. von Ricca-Barberis, a. a. O.

[7]) a. a. O.

[8]) Budin, P., L'obstétrique, Juli 1896.

[9]) Compt. rend. Soc. Biol., 1897.

[10]) Gazz. d. Osped., 1898, S. 914.

Digitized by Google

ihrer Amme Störungen verschiedener Art aufweisen. Weill[1]) beobachtete im Zusammenhang mit der Menstruation der Amme bei zwei Kindern regelmäßig eintretende geringe Erhöhungen der Temperatur.

Zur Zeit der Menstruation treten bekanntlich äußerst oft Hautkrankheiten auf (Herpes, Erytheme verschiedener Art, Erythema polymorphum, Ekzeme, Pruritus, Prurigo usw.), deren Entstehung wohl nicht anders als durch ein toxisches Moment zu erklären ist.

Calabrese[2]) behauptet, daß alle Dermatosen, welche während der Menstruation auftreten, auch unter dem Einflusse medikamentöser, alimentärer oder andersartiger Vergiftungen zustande kommen können. Goutry[3]) ist der Ansicht, daß alle menstrualen Dermatosen toxischer Natur sind.

Es wurde von mehreren Seiten ein zu Hautkrankheiten prädisponierender Einfluß der Menstruation beobachtet, der sich durch das periodische mit der Menstruation zusammenfallende Auftreten von Rotlauf, Furunkulose, Akne, Seborrhoe usw. äußerte, wobei vermutlich der toxisch menstruale Faktor den infektiösen unterstützte.

Fassen wir nun alles das Gesagte zusammen, so gelangen wir erstens zu der wichtigen Schlußfolgerung, daß während der prämenstrualen und menstrualen Periode besondere Stoffe in den allgemeinen Kreislauf gelangen und einen Intoxikationszustand herbeiführen. Hierüber ist wohl kein Zweifel mehr möglich. Ferner legt ein Teil der angeführten Beobachtungen die Annahme nahe, daß diese Stoffe nicht nur durch das menstruale Blut, sondern, ähnlich wie es bei sonstigen Vergiftungen der Fall ist, durch verschiedene Organe (Speicheldrüsen, Magendrüsen, Nieren usw.) und auch durch die Haut ausgeschieden werden können. Und hier finden wir die wahrscheinliche Erklärung der von mir beobachteten Erscheinung, insofern als die genannten Stoffe, wenn sie durch die Haut ausgeschieden werden, die Fähigkeit besitzen, die gewöhnlichen Goldlegierungen anzugreifen und auf chemischem Wege einen Stoff zu bilden, der sich auf der Haut in Form einer schwärzlichen Schicht ablagert. Die von mir gemachte Wahrnehmung hat an und für sich keine große Bedeutung und kann höchstens als Bestätigung der menstrualen Intoxikation und der perkutanen Ausscheidung der menstrualen Giftstoffe dienen. Sie könnte aber vielleicht einen Weg zu neuen Untersuchungen zeigen, insofern mir nicht die Möglichkeit ausgeschlossen scheint, die von der Haut ausgeschiedenen Stoffe aufzusammeln

---

[1]) Weill, E., De la température du nourrisson dans ses rapports avec la menstruation de la nourrice. Lyon médical, 1904, S. 1269.

[2]) Atti della R. Accad. di med. e chir. di Napoli, 1899, S. 609.

[3]) Goutry, De l'influence de la menstruation en particulier sur les affections cutanées. Thèse de Paris, 1899.

Digitized by Google

und somit zu einer chemischen Individualisierung derselben zu gelangen.

Mit welcher Häufigkeit die menstruale Schwarzfärbung der Haut an den Stellen eintritt, wo sie mit Gegenständen aus Gold (oder Platin) in Berührung steht; ob die Erscheinung mit besonderen individuellen körperlichen Zuständen zusammenhängt, welche neben der Menstruation einen Einfluß ausüben; ob die Erscheinungen mit besonderen durch die Einleitung des geschlechtlichen Verkehrs herbeigeführten Verhältnissen zusammenhängt; ob die Erscheinung eine notwendige Folge der Ausscheidung von Menstrualgiftstoffen durch die Haut ist oder diese auch erfolgen kann, ohne daß die Schwarzfärbung an den mit Goldgegenständen in Kontakt stehenden Hautstellen eintritt, das sind alles Fragen, die ich vorläufig, auf Grund meiner spärlichen Beobachtungen, nicht beantworten kann.

Schließlich möchte ich noch bemerken, daß ich, wenn ich von Schwarzfärbung spreche, hiermit nicht eine dunkle gleichmäßige schwarze, eventuell einem Tintenfleck ähnliche Färbung meine. Es handelt sich um eine schmutzig grauschwärzliche Färbung, welche an den Stellen am dunkelsten ist, wo die stärkste Reibung zwischen dem goldenen Gegenstand und der Haut stattfindet.

Über das spontane Verschwinden juveniler oder harter Warzen im Anschluß an die Behandlung.

Von

Prof. Dr. E. Galewsky, Dresden.

In einer kurzen Arbeit in der Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 37, macht Wälsch auf das spontane Verschwinden flacher Warzen an der einen Hand, nach Abtragung solcher an der anderen Hand, aufmerksam. Er erwähnt zwei Fälle, bei welchen im Anschluß an die Behandlung, die in Abtragung mit dem scharfen Löffel und nachheriger Ätzung mit dem Lapisstift bestand, die Warzen der anderen Hand verschwanden, ohne daß hier irgend eine Behandlung eingetreten wäre. Im ersten Falle waren sie nach 3 Wochen bereits ganz verschwunden; im zweiten Falle bildeten sich die Warzen am sechsten Tage zurück und waren nach 4 Wochen völlig verschwunden. Wälsch erwähnt dann noch einen Fall von Barcat[1]), bei welchem im Anschluß an eine

[1]) Bulletins de la société française de Dermatologie, 7. Juli 1910.

Digitized by Google

Radiumbehandlung der rechten Hand die Warzen der linken Hand abheilten. Er bespricht ferner die Mitteilung von Russell und Celler, laut welcher bei Bestehen einer großen Anzahl von harten Warzen nur die größte entfernt zu werden brauche, worauf sich dann die übrigen spontan zurückbilden.

Es ist ja ganz bekannt, daß Warzen, sowohl flache als auch harte, spontan verschwinden können; es ist ebenso bekannt, daß dieselben im Anschluß an fieberhafte, infektiöse Erkrankungen verschwinden, und ich selbst verfüge über einen Fall, in welchem harte Warzen im Anschluß an eine Salvarsan-Injektion (Arsenwirkung?) rapid zurückgingen und verschwanden. Über die Beeinflussung sowohl flacher als harter Warzen durch die Behandlung möchte ich im Anschluß an die Wälschsche Mitteilung ganz kurz über folgende Fälle berichten:

Fall I. Ausgedehnte harte Warzen auf beiden Händen in der Zahl von ungefähr 100—120. Behandlung mit Elektrolyse auf beiden Händen; unter dieser Behandlung allmähliches Verschwinden auch der nicht behandelten an derselben Hand unter dem Einfluß der Elektrolyse. Die Warzen bildeten sich zurück unter Hinterlassung heller, weißlicher Flecke.

Fall II. Eine Patientin suchte mich wegen sehr hartnäckiger, flacher, juveniler Warzen an beiden Händen im Frühjahr des Jahres 1911 auf. Im Sommer 1911 zehn Röntgenbelichtungen (bis 1. Juli), welche gänzlich erfolglos blieben. Im Dezember suchte mich die Patientin wegen derselben Warzen wieder auf. Auf elektrolytische Behandlung der Warzen der einen Hand verschwanden spontan die Warzen der anderen Hand. Einen Monat später waren die Warzen spurlos verschwunden, nur leichtere, helle Flecke zeigten noch die Stellen, an denen sie bestanden hatten.

Auffallend ist es für mich, daß ich nur über diese kleine Anzahl von Fällen verfüge, in denen Warzen sich spontan zurückgebildet haben, während ich in einer außerordentlich großen Anzahl von Fällen das Verschwinden niemals konstatieren konnte. Vielleicht liegt es daran, daß wir nicht lange genug gewartet haben, bis die Warzen an der symmetrischen Stelle sich zurückbilden konnten. Woher es kommt, daß in dem einen Fall die Elektrolyse genügte, um das Verschwinden der Warzen auf derselben Hand anzuregen, während sie in dem anderen Fall auf der anderen Hand verschwanden, vermag ich nicht zu sagen.

Wälsch sucht eine Erklärung für das spontane Abheilen von Warzen aufzustellen. Wir wissen nach den Versuchen Kreibichs, daß unter bestimmten Umständen durch einen Hautreiz Veränderungen angioneurotischer Natur an der symmetrischen Hautstelle auftreten können. Es würde in unserem Falle das Verschwinden von Hauteffloreszenzen nach Behandlung derselben Affektion an symmetrischer Stelle in Parallele zu setzen sein. Wälsch versucht in seinem Falle einen Erklärungsversuch folgender Art: „Durch die Abtragung der Warze und die nachfolgende

Digitized by Google

Lapistuschierung wird ein ziemlicher Entzündungsreiz gesetzt. Es ist möglich, daß dieser als vasomotorischer Reflex im Sinne Kreibichs auf die andere symmetrische Seite übertragen wird und dort allmählich das Verschwinden der Warzen bewirkt, die, wie wir wissen, auf Entzündungsreize auch schon geringen Grades, Erfrierung, Chrysarobin, sich zurückbilden."

Ich will diesen Erklärungsversuchen, die selbstverständlich nur Theorien sind, nichts hinzufügen. Ich wollte nur in dieser kurzen Mitteilung aufmerksam machen, daß es scheinbar ganz gleichgültig ist, mit welcher Methode man diese Warzen behandelt, daß es Fälle gibt, bei denen auf Behandlung der einen Hand die Warzen der anderen verschwinden, daß es zweitens Fälle gibt, bei welchen die Behandlung einzelner Warzen schon genügt, um die anderen derselben Hand verschwinden zu lassen, und daß wir leider für die Mehrzahl der Fälle an die Abtragung sämtlicher Warzen denken müssen.

Aus der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis der Wiener Allg. Poliklinik.
(Vorstand: Dozent Dr. G. Nobl.)

Zur Ätiologie der phagedänischen Genitalgeschwüre.

Von
cand. med. Norbert Türk.

(Mit 2 Abbildungen.)

(Schluß.)

Die Pathogenese tuberkulöser Geschwüre ist sowohl durch Autoinokulation als auch durch Überimpfung auf gesunden Boden bedingt. Impfgeschwüre wurden in früherer Zeit zu wiederholten Malen nach dem rituellen Akt der Zirkumzision beobachtet (Hofmokl, Anz. d. k. k. G. d. Ärzte, 1886; Elsenberg, Gaz. lekarska, 1886). Die Serie der beim weiblichen Geschlecht beobachteten genitalen Substanzverluste tuberkulöser Abstammung leitet ein Fall Chiaris ein (Arch. f. Derm., 1886). Die exogene Infektion war hier von der Analgegend ausgegangen und führte zu mehreren bis 15 cm großen Tuberkelbazillen enthaltenden Geschwüren an den Schamlippen.

Was den Sitz der phagedänischen Geschwüre anbelangt, so sieht man sie im Bereiche des Genitales meist an traumatischen Insulten ausgesetzten Stellen einsetzen. Diese Lokalisation an den Geschlechtsteilen scheint mit der Möglichkeit des Aquirierens der Veränderungen beim

Digitized by Google

Koitus im Zusammenhange zu stehen. Merkwürdig ist es jedoch, daß dieselbe Lokalisation mitunter auch ganz junge Kinder aufweisen, wo es vornhinein klar ist, daß diese Ätiologie hier nicht in Anbetracht kommt[1]).

Am femininen Genitale sind es vorzüglich die Labien und Vagina, die als Standorte brandig zerfallener Geschwüre beobachtet werden. Nicht zu selten nehmen die ulzerösen Vorgänge auch von der Vaginalportion Besitz, wo dann die Unterscheidung von exulzerierenden Karzinomen beträchtlichen Schwierigkeiten begegnen. Erst die Probeexzision oder aber das hinzugetretene luetische Exanthem bewahren von den peinlichen Konsequenzen einer ähnlichen Fehldiagnose. So war im verlaufenen Jahre in zwei Fällen die gynäkologische Wahrscheinlichkeitsdiagnose exulzerierender Zervixepitheliome durch den Spirochätennachweis an unserer Abteilung zu widerlegen und der ulzeröse Vorgang an der Vaginalportion als luetischer Initialaffekt anzusprechen.

Die Schwierigkeit einer richtigen Einschätzung ähnlich solcher, durch das Phänomen des Phagedänismus verschleierter Zustandsformen im Bereiche des Genitales, mögen die im folgenden kurz skizzierten Krankheitsbilder illustrieren, die im Laufe der letzten Zeit an der Abteilung zu beobachten waren:

1. Ein 45 jähriger, kräftiger Montenegriner präsentiert sich an der Dermatologischen Abteilung der Poliklinik mit dem Attest seines behandelnden Arztes. Der Zuschrift ist zu entnehmen, daß der Kranke niemals eine venerische Erkrankung durchzumachen hatte und vor zwei Monaten an der Glansspitze ein verhärtetes Infiltrat bekam. Dieses zerfiel nach kurzem Bestande und konsumierte allmählich die ganze Eichel. Von der malignen Natur des Prozesses überzeugt, bereitete der Kollege den Mann auf die Ablatio penis vor und bat ihn nach Begutachtung der Läsion dem Chirurgen zuzuweisen. Bei der Vorstellung zeigte die Glans das Aussehen eines höckerig, unebenen, kraterförmig. exulzerierten Stumpfes, in welchem das Orifizium im Niveau der Fossa navikularis sichtbar wurde. Die Vorhaut war in ihrem ganzen Umfang zerstört und in den ausgezackten Rudimenten fein granulierend.

Die Inguinaldrüsen rechts in vereinzelten Exemplaren haselnußgroß, knorpelderb. Die wiederholte Untersuchung des Geschabes und des Reizserums der destruierten Glandarsegmente gestattete niemals den Spirochätennachweis. Wassermann negativ. An der allgemeinen Decke keinerlei Anzeichen eines Exanthems. Trotz energischer Lokalbehandlung nahm der Zerfall während der dreiwöchentlichen Behandlung zu. Die Probeexzision ergab keinerlei Anhaltspunkte für ein Neoplasma. Das Drüsenpunktat in der 5. Behandlungswoche zeigt keine Spirochäten. Nach zwei Monaten restlose Benarbung des Stumpfes und Präputialrestes. Nach weiteren 4 Wochen war ein schweres papulokrustöses Exanthem zum Ausbruch gelangt, das späterhin den Charakter der malignen krustoulzerösen Syphilis annahm.

2. 41 jähriger Marktaufseher, Potator. Patient präsentiert sich anfangs 1910 mit einem Ulkus der Urethrallefzen vom Charakter des venerischen Geschwüres. In den Ausstrichen keine Ducreybazillen nachweisbar wiederholte, Spirochätenuntersuchung negativ. Der

[1]) B. Fournier, L'Union méd., 1895.

Digitized by Google

äußerst schmerzhafte Prozeß führt nach 6 Wochen zu totaler Zerstörung der Eichel. Um diese Zeit entwickelt sich akut eine entzündliche Phimose, keulenartige Anschwellungen des mächtig intumeszierten blauviolett verfärbten Integuments. Status febrilis 38—38,9. Wesentliche Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Extreme Schmerzhaftigkeit des Penis, Mixionsbeschwerden, schlaflose Nächte. Im Verlaufe einer Woche gangränöser Zerfall des absoluten phimotischen Vorhautsackes an der Dorsalfläche, mit Bloßlegung des Glandarstumpfes. In wenigen Tagen folgt die Einschmelzung des Vorhautsaumes, wonach der mißfarbig belegte, exulzerierte skrotale Vorhautreste als starr infiltrierter Saum an die verstümmelte Eichel angelötet erscheint. In der Folge unterminierendes Fortkriechen der Ulzeration am Penisrücken, mit völliger Abhebung der Haut und Bloßlegung der Corpora cavernosa in 3 cm langer Strecke. Die Abstoßung der gangränösen Massen, sowie der Überhäutungsvorgang erstrecken sich auf 4 Monate. Bei Besserung des Zustandes entzog sich der Kranke der Beobachtung. Am Ende des Jahres stellt sich derselbe mit einer dicht eingestreuten Rupia syphilitica vor.

3. R. K., 34 jähriger Wachmann. Patient meldet sich Mai 1910 mit einem hellerstückgroßen Infiltrat des Präputialsaumes in den Krankenbestand. In 14 Tagen zerfällt der Vorhautrand in eine diphtherisch belegte, blutschwarz umsäumte, nekrotische Masse. Der konsumptive Vorgang greift von hier aus auf die Glans über und bedingt nach weiteren 4 Wochen eine Abstoßung der Eichel. Der knopfförmige, höckerig granulierende Glandarstumpf verengt die Urethralmündung zu einer kaum sichtbaren lineären Spalte. Die Inguinaldrüsen sind nicht intumesziert. WASSERMANN negativ. Die wiederholte Untersuchung der gangränösen Massen ergibt einen bunten Keimgehalt. Auf Blutagar gelingt nicht die Isolierung der DUCREYschen Bazillen. Im Dunkelfeld Spirochäten nicht nachweisbar. Nach drei Monaten führt ein großpapulöses Syphilid den Kranken neuerdings der Anstalt zu.

4. D. F., 40 jähriger Beamter. Patient wurde seitens eines Dermatologen einer chirurgischen Station der Poliklinik, mit der Diagnose Karzinom, behufs Operation zugewiesen (Februar 1911). Als Patient bereits am Operationstisch lag, machten sich bezüglich der neoplastischen Natur der Läsion Bedenken geltend, und er wurde unserer Abteilung überantwortet. Es handelte sich um einen im Penoskrotalwinkel sitzenden sichelförmigen, etwa 8 cm langen, 4 cm breiten Defekt, mit mäßig belebtem, rötlich durchschimmernden serös feuchtem Grund und fest anliegenden, eingekerbten, derben Säumen. Die indurierte Einschichtung war bis 1 cm über die Ränder hinaus, gegen die Peripherie hin zu verfolgen. Den Ausgangspunkt der Läsion führte der Kranke auf eine krustenbedeckte Exkoriation zurück, die er sich zufällig beigebracht haben wollte. An exzidierten Randsegmenten war wohl eine stärkere Wucherung des Epithels, jedoch an keiner Stelle eine das Epitheliom charakterisierende, selbständige Proliferation desselben zu verfolgen. Andererseits war die nach dem klinischen Aussehen angenommene, syphilitisch schankröse Natur des Affektes weder aus dem Spirochätenbefund, noch aus der Seroreaktion zu erhärten. Erst nach 4 Monaten bestätigte die Proruption des makulösen Exanthems und die Entwicklung der Schleimhautplaques die Richtigkeit der Annahme.

In allen diesen Fällen handelte es sich doch nur um luetische Initialaffekte, die bei dem Mangel der typischen Züge die Agnoszierung unmöglich machten. Aus unscheinbaren infiltrativen Ansätzen entwickelten sich rasch in die Tiefe dringende und der Fläche nach fortschreitende Destruktionsformen, deren Anlaß sicherlich nicht in der Art des luetischen Virus gelegen war. Es ist uns nicht bekannt, daß Spirochätenstämmen

Digitized by Google

von Haus aus die Fähigkeit innewohnt, derartige reaktive Vorgänge auszulösen, die in so kurzer Zeit zur Nekrose der befallenen Texturen führen. Andererseits kann auch die besondere Beschaffenheit des Terrains nur mit einer gewissen Reserve als Erklärung des Phagedänismus herangezogen werden, zumal die Malignität der Syphilis in den angeführten Fällen nicht durchweg zu verfolgen war. Die Schwierigkeit des Spirochätennachweises in eiternden und koagulierenden Gewebsprodukten ist viel zu geläufig, um hier des näheren erörtert zu werden. Sicherlich sind die Spirochäten und ihre Stoffwechselprodukte an den Umwandlungsvorgängen in keiner Weise beteiligt, so daß es auch nicht wundernehmen kann, daß ihre Spuren in den entsprechenden Gewebslagen nicht aufzufinden sind. Im übrigen ist der von vielen Seiten hervorgehobenen Leukozytose hierbei ein nur bescheidener Platz einzuräumen, daß die Leukozyten die Spirochäten nicht phagozytieren und auch auf diese nicht lytisch einwirken, ist eine Tatsache von welcher sich zu überzeugen die vitale Untersuchung im Dunkelfeld täglich Gelegenheit bietet. Die ungeschwächte Vegetation der Keime auf dem Nährboden eines Chancre mixte, geht zur Evidenz aus dem konsekutiven Auftreten exanthematischer Allgemeinerscheinungen hervor. So muß auch die seinerzeitige Empfehlung: die Generalisierung der Luesinfektion durch Inokulation venerischer Geschwüre in die Primäraffekte, d. h. die experimentelle Erzeugung von Mischinfektionen einer sehr naiven Vorstellung entsprungen. Die rasch wandernden Ducreybazillen sollten die Syphilisspirochäten in den Inguinaldrüsen einholen und sie daselbst unschädlich machen. Unserer Erfahrung nach sind die Spirochäten zu einer jeden Symbiose bereit. So glauben wir auch, daß in den angeführten Fällen durch nicht näher eruierbare Sekundärinfektion für einige Zeit gangränbedingende Mikroorganismen die Oberhand gewannen und derart nicht nur die Eingangspforten der Syphilisinfektion bis zur Unkenntlichkeit modifizierten, sondern auch auf den weiteren Verlauf insofern gestaltend eingriffen, als durchweg eine äußerst protrahierte zweite Inkubation zu verfolgen war.

Fall V. J. M., 45 Jahre alt, starker Potator, erschien Mai 1911 an unserer Abteilung und gab über sein schon seit 4 Wochen bestehendes Leiden folgende Anamnese ab. Er habe im Freien ein Bad genommen und als er das Wasser verließ, bemerkte er am Penis eine große, grünlich aussehende Fliege, die ihn stark gestochen hat, ehe er noch Zeit hatte sie wegzutreiben. Bald schwoll nach der Angabe des Patienten die Stichgegend an und zeigte eine fingerkuppengroße erhabene Beule. Dieselbe exulzerierte in den nächsten Tagen und das so entstandene Geschwür nehme immer an Ausdehnung zu. Der Patient habe schon ärztlichen Rat gesucht. Der Arzt habe ihm zur Operation geraten, da er die Affektion „für bösartig hielt". Da aber der Patient sich „nicht schneiden läßt", suchte er unsere Abteilung auf. Die Haut des Gliedrückens, besonders an der linken Seite vom Mons Veneris bis zum Sulcus coronarius erwies sich durch ein ziemlich tiefes Geschwür zerstört, so daß vom ganzen Penisintegument nur

Digitized by Google

das Präputium intakt blieb. Das Geschwür hatte eine ungefähr ovale Form, einen ziemlich steilen, nicht auffallend derben Rand und einen wenig eiternden, geröteten Grund. Inguinaldrüsen sind mäßig vergrößert. Allgemeinbefinden nicht gestört. Bei der Beschränktheit des Kranken, schrieben wir der Fliegenstich-anamnese keine größere Bedeutung zu und da die Veränderung das Aussehen eines Epithelioms darbot, entschlossen wir uns zur Probeexzision eines Sektors des Geschwüres, um histologisch endgültig das Wesen der Affektion zu eruieren. Das mikroskopische Bild zeigte jedoch keine Merkmale einer neoplastischen Läsion, die vorhandene kleinzellige Rundzelleninfiltration ließ auf eine entzündliche Ursache der Affektion schließen. Das Geschwür umkreiste den ganzen Penisschaft und begann erst nach Wochen unter indifferenten aseptischen Salbenverbänden zu granulieren (Fig. 1). Die Vernarbung ging langsam vor sich, so daß wir nach 4 Monaten, nach dem vollständigen Abklingen des Prozesses folgenden Status aufnehmen konnten (Fig. 2): Der Penis scheinbar verkürzt und winklig nach links abgeknickt. Im hinteren Anteil in der Nähe des Mons Veneris eine querschiefe, ziemlich breite, derbe Narbe, welche die Haut des intakten Präputiums nach aufwärts zurückgezogen hat und auf diese Weise, das durch den Prozeß zerstörte Gliedintegument teilweise ersetzt. Aus diesem Grund ist auch die Glans fast bis zur Koronarfurche bloßgelegt. Bei völligem Zurückziehen dieser translozierten Hautpartie, kommt kein normaler enger Sulcus coronarius, sondern die auf einer ziemlich weiten Strecke bloßgelegten Corpora cavernosa, zur Ansicht. Dieselben mußten höchst wahrscheinlich durch den Prozeß angegriffen auch gewesen sein, da man beim Betasten der Region der Hautnarbe, in der Tiefe einen derb indurierten Knoten fühlt, der offenbar den Schwellkörpern angehört und durch die Vernarbung ihres Gewebes zustande gekommen ist.

Fig. 1.

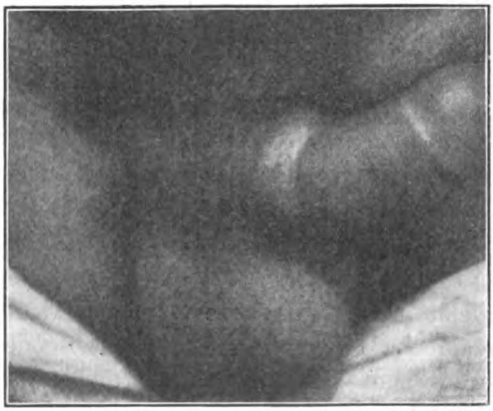


Fig. 2.

Was die Ätiologie dieses Falles betrifft, so meine ich, daß man doch die Angabe des Patienten immerhin beachten müßte. CHAR-

Digitized by Google

POT[1]) erwähnt in seinen Studien über die hautpenetrierenden Parasiten in den Tropen und besonders am Senegal, daß die in den Tropen lebenden „Simulies" und „Cousins" durch ihren Stich phagedänische Geschwüre hervorrufen können und daß man an dem Einstich folgende 3. Entwicklungsphasen beobachten kann: 1. zuerst eine Rötung mit subjektivem Juckgefühl, 2. zunächst das Auftreten einer Induration und einer entzündlichen und ziemlich voluminösen Papel, 3. endlich Ulzeration, die das Bild eines tiefreichenden gangränösen Geschwüres annimmt. Es müssen aber solche Prozesse nicht nur durch die in den Tropen lebenden Insekten hervorgerufen werden, sie können auch in Europa entstehen und solche Beobachtungen liegen obzwar vereinzelt vor. So lesen wir in der Arbeit GUST. JOSEPHS[2]): „Über Myasis externa dermatosa" von einem folgenden durch den Kreisphysikus KORNFELD dem Verfasser mitgeteilten Fall. Ein junges Mädchen verspürte plötzlich im Felde in der Vulva einen Stich wie von einer Wespe. Es stellte sich auch bald ein starkes Jucken verbunden mit Schmerzen ein, so daß die Eltern des Kindes den Arzt konsultierten. Dieser konstatierte eine starke Schwellung der Schamgegend und eine Rötung der Schleimhaut, die schon weißliche Belage aufzuweisen begann. Bald verfärbten sich die Stellen schwarz, zerfielen gangränös und wiesen unterminierte Ränder auf. Dieses Geschwür, aus welchem man 36 lebende Maden entfernt hat, wies bald einen Umfang von $1^1/_2$ ccm auf und wurde immer größer, so daß ein Teil der gangränösen Labia entfernt werden mußte.

Diese Angaben zeigen in vielen Details, besonders in jenen der Entstehungs- und Entwicklungsweise, eine große Ähnlichkeit mit der beschriebenen Beobachtung.

Doch fehlen gerade die kardinalen Hinweise, um die Zugehörigkeit der Form zu dieser Gruppe vertreten zu können. Der besonderen Hervorhebung wert erscheint es, daß die wiederholte Spirochätenuntersuchung stets negativ ausfiel und auch die mehrfach vorgenommene Prüfung des Blutserums die WASSERMANNsche Reaktion nicht ergab. Auch war bei der Analyse der Zerfallsprodukte kein mikrobieller Einschluß einheitlicher Natur zu isolieren. Daß in diesem Falle die Lues als ätiologischer Faktor nicht in Anbetracht kommt, hat die halbjährige Beobachtung des Kranken dargetan. Auch alle sonstigen auslösenden Momente phagedänischer Ulzera waren mit Sicherheit auszuschließen, so daß für die Beobachtung jene Kategorie von Läsionsformen in Anspruch genommen werden muß, welche die Veränderungen idiopathischen Ursprungs umfassen und bei weiterer bakteriologischer Exploration zur Aufdeckung eines spezifischen Erregers führen dürften.

[1]) Thèse de Bordeaux, 1886.

[2]) Monatsh. f. prakt. Dermat., 1887, S. 113.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 19, Heft 3, März 1912.

Sklerodermie mit Affektion der Mundschleimhaut und Basedow-Addison-Symptomen. Bemerkungen über die Ätiologie der Krankheit von C. Rasch-Kopenhagen. Bericht über einen interessanten Fall von Sklerodermie, die sich fast über den ganzen Körper erstreckt, Gesicht, Hände, Unterarme, Brust, Zunge, Füße, wobei sich Symptome von Basedow zeigen mit Pigmentationen der Haut, Gesicht, Hals, Rücken. Verfasser spricht dann über die Ursache und Pathogenese; die verschiedenen alten Theorien (die nervöse, vaskuläre usw.) verlieren an Terrain zum Vorteil der modernen Auffassung, daß die Krankheit Veränderungen in den sogenannten Blutdrüsen (Hypophysis, Glandula thyreoidea und den Nebennieren) zuzuschreiben ist. Verschiedene klinische Beobachtungen über die Sklerodermie stützen die Auffassung von der Pathogenese, so das häufige beständige Vorkommen von Tuberkulose oder tuberkulöser Disposition bei den Patienten. Die häufige Erfahrung, daß sich, wenn eine Sklerodermie längere Zeit bestanden hat, eine Basedowsche Krankheit entwickelt, findet ihre Erklärung darin, daß experimentell bei der Zerstörung der Hypophysis Hypertrophie der Glandula thyeroidea entsteht, wie umgekehrt nach Thyreoidektomie Hypertrophie der Hypophysis entsteht.

Beitrag zur Kenntnis der Röntgenverbrennungen, von Felix Loeb-Bonn. Trotz Meßmethoden begegnet man in der Praxis doch noch öfter erheblichen Schädigungen, die abgesehen von einer Überempfindlichkeit auf ungenaue oder unrichtige Anwendung der Meßverfahren, auf fehlerhafte Anzeigen derselben, oder auf Veränderung der Konstanz der Röhren während der Bestrahlung zurückzuführen sind.

Derartige Schädigungen sind zu vermeiden durch direkte Messung oder durch das H. E. Schmidtsche Verfahren in Verbindung mit Verabreichung der $^1/_3$—$^1/_2$ Erythemdosen in mehreren Wochen. Ferner bei Applikation von Volldosen in einer Sitzung durch Bestrahlung aus kurzer Entfernung, weil dabei die Röhre leichter konstant zu halten ist.

Zur Linderung des unerträglichen Juckreizes und der Schmerzen hat sich die Behandlung im Bierschen Heißluftkasten bewährt. Chrzelitzer-Posen.

Dermatologisches Zentralblatt.

Bd. 15, Nr. 6, März 1912.

1. Beitrag zur Frage: Syphilis und Tätowierung, von W. Bernheim und A. Glueck. Ein Syphilitiker hatte ausgedehnte Tätowierungen, in denen er eine Reihe rote Verzierungen mit Zinnober neu einfügte; auf diesen neu angelegten Tätowierungen kam es zu scharf abgegrenzten krustösen Effloreszenzen, während der ganze übrige Körper und insonderheit die alten Tätowierungen frei von Exanthem blieben. Daraus geht für die Verfasser hervor, daß die geringe Menge des abgespaltenen Hg in den Zinnobertätowierungen nicht genügt die Stelle zu schützen, also keinen wesentlichen Einfluß auf den Sitz der luetischen Produkte hat, sondern daß das gesetzte Trauma provozierend wirkt und darum je nach Intensität und Zeit bald auf roten, bald auf blauen Stellen zur Entwicklung eines Syphilids führt.

2. Die Behandlung der Acne vulgaris mit hohen Frequenzströmen (Oudin), von A. Herzfeld-New York. Verfasser hat 12 Fälle von Acne vulgaris mit Hochfrequenzströmen in der Weise behandelt, daß er mittels einer gläsernen Vakuumelek-

Digitized by Google

trode schwache oder mittelstarke Ströme auf die affizierten Hautpartien unter konstantem Reiben einwirken ließ, bis ein mäßig starkes Erythem entstand. Die Behandlung wurde zweimal in der Woche vorgenommen und nur durch Waschungen mit Zinksuperoxydseife unterstützt. Er hat in allen Fällen recht günstige Resultate gesehen und berichtet über drei Fälle. W. Lehmann-Stettin.

Proceedings of the Royal Society of Medicine, Dermatological Section.

Sitzung vom 15. Febr. 1912.

Ein Fall von eigentümlicher Pigmentbildung am Gesicht, von H. Davis. Es handelte sich um ein 27jähriges Fräulein, das seit seinem 16. Lebensjahre eine ganz ungewöhnliche blauschwarze Pigmentierung des Gesichts, des Halses, soweit derselbe nicht von der Kleidung bedeckt ist, und der Basis der Fingernägel aufweist. Differentialdiagnostisch sind in Betracht zu ziehen: Argyrie, Ochronosis, Methämoglobinämie und Hämatochromatosis, doch sind gegen eine jede von diesen Diagnosen sehr gewichtige Gegengründe anzuführen.

Kleiner Naevus linearis der Palmarseite der Hand bei einem 5jährigen Mädchen, von S. E. Dore. Die Läsion erstreckte sich in Gestalt von kleinen, harten, warzigen Erhebungen vom oberen Rande des Hypothenar bis fast an die Spitze des Ringfingers der rechten Hand.

Zwei Fälle von Alopecia universalis, von E. G. G. Little. In dem einen Falle, eine 23jährige Frau betreffend, stellte sich der Haarausfall bald nach einer Entbindung ein; bei dem anderen Patienten, einem 30jährigen Ingenieur, ist gar kein ätiologisches Moment zu eruieren.

Ein Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little. Die 40jährige Patientin hat seit ca. $3^1/_2$ Jahren Läsionen dargeboten, welche von den anwesenden Mitgliedern verschiedentlich als Ekzema seborrhoicum, Lupus erythematosus resp. Lupus erythematosus iris der französischen Verfasser und als Erythema multiforme angesprochen wurden.

Leukoderma syphiliticum mit zentraler Atrophie, von J. E. R. McDonagh. Bei der ziemlich weit verbreiteten Affektion sieht man mitten im pigmentlosen Gebiet Inseln von Hyperpigmentierung, deren Entstehung aus syphilitischen Papeln sich deutlich verfolgen läßt; auch ist der Übergang solcher Papeln in echte Atrophie präzis zu erkennen.

Ein ungewöhnlicher Fall von narbiger Follikulitis der Kopfhaut bei einer 55jährigen Frau, von M. Morris u. S. E. Dore. Von der gewöhnlichen Follikulitis decalvans weicht die vorliegende Affektion in verschiedenen Punkten ab und ist wohl eher der Gruppe der Keloide zuzurechnen.

Alopecia universalis mit gleichzeitiger Dystrophie der Nägel, von J. H. Sequeira.

Fall zum Diagnostizieren, von A. W. Williams. Der Fall, einen im mittleren Lebensalter stehenden Mann betreffend, wird als Lupus erythematosus der Zunge ohne sonstige, anderswo lokalisierte Läsionen vorgestellt, doch sind allerdings Syphilis und Leukoplakie nicht mit Bestimmtheit auszuschließen.

Fall von Morphoea guttata, von A. W. Williams.

Die praktische Verwendung von Eucerin als Salbengrundlage, von E. Unna. Für deutsche Leser nichts Neues. Philippi-Bad Salzschlirf.

La pratica dermo-sifilopatica.

Februar-März 1912, Nr. 3,

Die durch Salvarsan verschuldeten Todesfälle, von Gaucher. Gaucher teilt drei neue, noch nicht publizierte Salvarsantodesfälle mit:

Digitized by Google

1. Ein 24jähriger junger Mann akquirierte vor 2 Jahren Lues. Er behandelte sich in gewöhnlicher Weise mit Pillen und hatte nach seiner Roseola keine Erscheinungen mehr. Im August 1911 hatte er außer geringfügigem Herpes keine weiteren luetischen Symptome, ging aber trotzdem, durch Zeitungsannoncen angelockt, zu einem Salvarsanoperateur, der ihm in 13 Tagen 3mal 0,3 Salvarsan injizierte. Nach jeder Injektion stellten sich unbedeutende reaktive Phänomene ein (Fieber, Vomitus usw.). Der Patient kehrte einen Tag nach der 3. Injektion mit Erlaubnis des Spezialisten in seine Heimat zurück. 6 Tage später bekam er äußerst heftige Kopfschmerzen und mehrmals Krämpfe. Bald darauf verfiel er in Koma und starb unter heftigen Konvulsionen.

2. Ein 53 Jahre alter Mann bekam im Jahre 1894 Syphilis. Drei Jahre später rechtsseitige Hemiplegie. Letztere heilte mit spezifischer Behandlung und hinterließ nur eine geringe Parese mit Tendenz zur Kontraktur der unteren Extremität. Von 1897 bis 1907 war der Patient außer einem Anfall von Leberkolik gesund. Der Urin enthielt kein Eiweiß. Bei Bekanntwerden des Salvarsans bekam er, trotzdem er keine Symptome hatte, auf sein Drängen 0,3 g in je eine Nates intramuskulär. Zwei Tage später zeigten sich starke Schmerzen in allen Gelenken und äußerst heftige, durch nichts zu beeinflussende Kopfschmerzen, und der Kranke starb plötzlich zwölf Tage nach der Injektion.

3. Eine 25jährige Frau trat am 16. Dezember 1911 ins bulgarische Hospital in Konstantinopel ein. Sie war seit sechs Jahren syphilitisch, heiratete ein Jahr nach der Ansteckung, machte dann einen Abort durch und gebar ein Jahr später einen gesunden Knaben, der zehn Monate alt an Meningitis starb. Sie wurde unregelmäßig mit Jod und Quecksilber behandelt. Bei ihrem Eintritt ins Hospital war sie im sechsten Monat schwanger und hatte keine viszeralen Läsionen, außer einer geringen Zungenleukoplakie. Der Urin war normal. Am 17. Dezember 1911 bekam sie 0,4 g Salvarsan intravenös, war am ersten Tage darauf etwas unwohl, dann aber wieder völlig gesund, bis sich am 20. Dezember Nausea, Erbrechen und heftige Kopfschmerzen einstellten. Am 21. Dezember fiel sie in Koma bei 38,6 Fieber. Eine Lumbalpunktion ergab normalen, klaren Liquor cerebrospinalis. Am 22. Dezember hielt das Koma noch an, Gesicht und Extremitäten wurden zyanotisch, der Puls war klein, 120 in der Minute, der Urin enthielt kein Eiweiß. Trotz eines Aderlasses von 200 g starb die Patientin mittags. Diese Krankengeschichte wurde Gaucher von dem Chefarzt des bulgarischen Hospitals in Konstantinopel, Jahoud, zur Verfügung gestellt.

Das Hautepitheliom, von V. D'Amato. Eine klinische Vorlesung.

A. Gunsett-Straßburg.

Annales des maladies vénériennes.

Bd. 7, Nr. 3, März 1912.

1. Beitrag zum Studium blennorrhoischer Ulzerationen, von Alberto Serra-Cagliari. Verfasser hat zwei Fälle beobachtet, die beide noch jugendliche weibliche Personen betrafen und ist der Meinung, daß die Lokalisation der Gonokokken in Haut und Schleimhaut durch Traumatismen verursacht wird. Er berichtet ausführlich über die beiden Fälle, indem er besonders auf die in Frage kommenden Traumen Rücksicht nimmt, und verbreitet sich über die Lokalisation der Gonokokken, besonders auch in den Lymphwegen unter dem Einfluß von Traumen. Er hält diese letzteren auch bei anderen schweren blennorrhoischen Lokalisationen für wesentlicher als die angenommene größere Virulenz.

2. Ein Jahr Erfahrungen mit Salvarsan; intravenöse Injektionen mit saurer chlorfreier Glukoselösung nach Fleig, von Pascal-Beziérs. Verfasser schließt sich dem Gedankengang von Fleig, dem Physiologen der Universität von Montpellier, an, der

Digitized by Google

experimentell nachgewiesen hat, daß jede Salvarsanlösung im Blute sofort präzipitiert wird zu einer feinsten Emulsion, mag die Lösung nun sauer dem Blute zugeführt werden oder neutral oder alkalisch. Fleig ist sogar der Meinung, daß die Zuführung in physiologischer 0,9%iger Kochsalzlösung eine weniger feine Emulsion im Blute hervorruft, und daß die Überladung mit Chlorsubstanzen eine Hypertonie des Blutes bewirkt, die auf die Nieren und auf die Ausscheidung ungünstig wirkt. Die indifferenteste Flüssigkeit, die man dem Blute zuführen kann, ist eine 4,7%ige Glukoselösung, die außerdem eine Nährlösung für den Körper darstellt, kardiotonisch wirkt und die Nierentätigkeit anregt. Verfasser hat in den letzten Monaten sich nur noch nach diesen Fleigschen Anweisungen gerichtet und bei 96 intravenösen Injektionen keinerlei üble Nebenwirkung und keinerlei Reaktion gesehen. In wenigen Fällen kam es zu einer Temperatursteigerung bis 38° C und auch diese nur für etwa $^1/_2$ Stunde. Großen Wert legt er auf eine genügende Verdünnung, die ja auch bei anderen Salvarsanlösungen, die dem Blute direkt zugeführt werden, für nötig gehalten wird. Er geht im allgemeinen bei einer einmaligen Injektion über eine Dosis von 0,4 nicht hinaus, gibt bei der ersten Injektion sogar meist nur 0,3, wiederholt dieselbe aber mehrere Male mit Abständen von je einer Woche.

P. glaubt nicht an die „Therapia sterilisans magna" und ist für eine Kombination des Salvarsans mit Quecksilber, wenngleich er dem Salvarsan eine Superiorität und größere Raschheit der Wirkung zugesteht. Er bleibt auch heute bei einer intensiven Dauerbehandlung der Syphilis und empfiehlt folgendes von Milian angegebene Schema: Im Verlaufe des ersten Monats vier intravenöse Salvarsaninjektionen, und sodann alle zwei Monate eine Injektion, die durch Quecksilberbehandlung in der Zwischenzeit unterstützt wird. Im zweiten Jahre gibt er aller 3 Monate, im dritten Jahre aller 4 Monate eine intravenöse Salvarsaninjektion. Im 4. Jahre wiederholt er die Injektion ebenfalls noch alle 4 Monate und gibt in den Intervallen wiederum Quecksilber.

3. Tertiäre syphilitische Thyreoiditis, von Gabriel Coulon. Eine 27jährige Frau wird beim Stillen ihres 11 Monate alten Kindes, das anscheinend vom Vater infiziert worden war, angesteckt und bekommt einen Schanker der Brust; trotz wiederholt auftretender sekundärer Erscheinungen konnte die Behandlung aus äußeren Gründen nur intern durchgeführt werden; scheinbar in ungenügender Weise, denn 6 Jahre danach bekommt die Frau eine erhebliche Anschwellung der Schilddrüse, die bis zu Atmungs- und Schluckbeschwerden führt, ohne von Tachykardie, Exophthalmus usw. begleitet zu sein, und auf spezifische Behandlung sich vollkommen zurückbildet.

4. Salvarsan und postoperative Hämorrhagien, von Albert Mouchet & Bricout-Paris. Einer Frau von 26 Jahren werden im Oktober 1910 0,5 g Salvarsan, auf zwei Injektionen verteilt, in die Rückenmuskulatur gegeben; eine anfängliche Reaktion bis zu 40° C und Puls bis zu 120 Schlägen geht bald vorüber. Ein Jahr später, im November 1911, kommt die Frau mit ausgedehnten sekundären Haut- und Schleimhauterscheinungen wieder; im Rücken sind jetzt noch zwei erhebliche Knoten nachweisbar, die der Patientin Beschwerden machen und schmerzhaft sind. Darauf wird der eine Knoten in Lokalanästhesie entfernt; die sonst gut aussehende Wunde zeigt derartig starke parenchymatöse Blutungen, daß in den ersten sechs Tagen ein außerordentlich häufiger Verbandwechsel nötig ist. In dem exzidierten Knoten von 17 g Gewicht lassen sich noch 0,03 g Salvarsan nachweisen. Einen Monat später wird auch der zweite Knoten entfernt, diesmal in allgemeiner Narkose: auch dieser Operation folgen außerordentliche Blutungen. In diesem zweiten Knoten von 15 g Gewicht werden ebenfalls wieder 0,011 g Arsen nachgewiesen.

Digitized by Google

Bd. 7, Nr. 4, April 1912.

Antisyphilitische Behandlung und Wassermannsche Reaktion, von H. Gougerot und Parent. (Fortsetzung und Schluß.) Die Verfasser haben in dieser groß angelegten statistischen Arbeit alle Publikationen, die ihnen erreichbar waren, zusammengestellt und kommen nach Abwägung der Schlußfolgerungen der verschiedenen Verfasser zu folgenden eigenen Schlußsätzen: Wenn auch die Statistiken der verschiedenen Arbeiten außerordentlich voneinander abweichen, so geht doch unverkennbar aus allen bisherigen Beobachtungen hervor, daß der Prozentsatz positiver Reaktionen nach einer Behandlung geringer ist als vorher; und daß eine positive Reaktion um so regelmäßiger beeinflußt wird, je intensiver, je systematischer und je länger fortgesetzt die Behandlung gewesen ist. Je abgekürzter die Behandlung (Abortivbehandlung), um so häufiger wird die Reaktion negativ bleiben oder wieder positiv werden.

Die Einwirkung der Behandlung auf den Ausfall der Reaktion richtet sich nach Alter, Schwere und Verlauf der Syphilis. Frische Syphilis scheint leichter zu beeinflussen, als späte Syphilis, mag dieselbe Symptome zeigen oder latent sein. Bei maligner Syphilis, bei zerebraler und spinaler Syphilis, bei Tabes und Paralyse und bei Eingeweidesyphilis bleibt der Wassermann fast durchgehends positiv; ebenso widersteht die Reaktion der Behandlung bei hereditärer Syphilis. Es ist darum auch ausgeschlossen, die Reaktion als ein Kriterium für die Wirksamkeit der einen oder anderen therapeutischen Methode anzusehen oder eine Abortivbehandlung danach zu beurteilen. Man kann den Wassermann allein nicht zur Richtlinie seines Vorgehens machen; die Reaktion bleibt immer nur ein Symptom, an das man sich für Durchführung der Behandlung nur dann halten kann, wenn dieses Symptom mit den anderen Erscheinungen im Einklang steht. Insbesondere darf in der sekundären Periode eine negative Reaktion nie den Anlaß geben, die systematisch intermittierende Behandlung auszusetzen. W. Lehmann-Stettin.

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

Bd. 1, 1912, Nr. 3.

Deszendierende Pyelonephritis während der Schwangerschaft durch kolibazilläre Septikämie, von Fernand Widal und René Bénard. Es handelte sich um 2 Fälle von Septikämie durch Kolibazillus, der in Reinkultur aus dem Blute gezüchtet werden konnte. Auf deszendierendem Wege stellte sich dann eine Pyelonephritis mit Bakteriurie ein. Durch die Agglutinationsprobe wurde festgestellt, daß der Kolibazillus des Blutes mit dem des Urins identisch war.

Die Nierentuberkulose beim Kinde, von P. Vignard und Léon Thévenot-Lyon. Die Nierentuberkulose des Kindes zeigt dieselben anatomischen Formen wie beim Erwachsenen. Ihre klinische Erscheinung ist eine sehr mannigfache infolge der Intensität mancher Symptome und der Abschwächung anderer. So könnte sie leicht mit Inkontinenz, Zystitis, Blasenstein oder malignem Nierentumor verwechselt werden, wenn man die bakteriologische Diagnose und besonders die Urininokulation unterläßt. Therapeutisch kommt besonders die Nephrektomie in Betracht, deren Mortalität nur 16% beträgt.

Die Ausschließung der Blase bei der Nieren-Blasentuberkulose, von André Boeckel-Nancy. An Stelle der totalen Zystektomie bei schwerer Blasentuberkulose, welche nicht nach Nierenexstirpation heilt, ist in neuerer Zeit die viel weniger gefährliche Ausschließung der Blase durch Ableitung des Urins in den Darm oder eine Lumbalfistel getreten. Der Verfasser teilt zwei Fälle, bei welchen diese Operation ausgeführt wurde, mit und empfiehlt besonders die Anlegung einer lumbalen Fistel.

Betrachtungen über die Pathologie und Chirurgie der Hufeisenniere, von

Digitized by Google

Georges Botez-Rumänien. Eine ausführliche monographische Bearbeitung der Hufeisenniere. Der Artikel wird fortgesetzt.

Zystische intravesikale Dilatation des unteren Ureterendes. Kongenitale Hydronephrose durch Stenose der Ureteröffnungen, von Robert Rendu-Lyon.

Die Röntgendiagnostik in der Urologie, von G. Maingot-Paris.

A. Gunsett-Straßburg.

Bücherbesprechungen.

Dermatologischer Jahresbericht. Begründet von O. Lassar und W. Tamms. Unter Mitwirkung von Fachgenossen herausgegeben von P. G. Unna und W. Tamms. Vierter Jahrgang: Über das Jahr 1908 (Wiesbaden 1911, J. F. Bergmann.) Der nunmehr vorliegende vierte Band des dermatologischen Jahresberichts umfaßt, wie seine Vorgänger, das ganze Gebiet der Dermatologie, der Lues und venerischen Erkrankungen und der Krankheiten der Harnwerkzeuge. In einem Anhang wird die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie berücksichtigt. Jeder Teil enthält ein ganz ausführliches Verzeichnis der deutschen und ausländischen Literatur, die wichtigsten Arbeiten sind in großer Anzahl und zum Teil recht ausführlich besprochen, so daß das Werk nicht nur als Literaturnachschlagewerk sondern auch als Lektüre wertvoll ist.

A. Gunsett-Straßburg.

Grundriß der Radiumtherapie und der biologischen Radiumforschung. Unter Mitwirkung von F. Gudzent-Berlin, A. Sticker-Berlin, E. Schiff-Wien herausgegeben von S. Loewenthal-Braunschweig. (Wiesbaden 1912, J. F. Bergmann.) Der Grundriß gibt einen guten Überblick über den jetzigen Stand unserer Kenntnisse über die biologischen Radiumwirkungen. Zu Beginn finden wir eine physikalische Einleitung, welche auch in ausführlicher Weise über die Messung der Radioaktivität Aufschluß gibt. Die verschiedenen Verwendungsmöglichkeiten des Radiums in der Therapie werden eingehend geschildert, wobei in besonders ausführlicher Weise die Emanationstherapie besprochen wird. Im speziellen Teil wird nacheinander sowohl die Anwendung des Radiums in der inneren Medizin als in der Chirurgie behandelt. E. Schiff-Wien setzt in einem besonderen Kapitel die Rolle des Radiums in der Therapie der Hautkrankheiten auseinander.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Behandlung der Blennorrhöe des Mannes, von V. Klingmüller-Kiel. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermatologie, Syphilidologie und der Krankheiten des Urogenitalapparates, herausgegeben von J. Jadassohn-Bern.) (Halle a. S. 1912, Carl Marhold.) Zunächst bespricht der Verfasser in Kürze die Diagnose der Blennorrhöe und weist auf die außerordentliche Häufigkeit der nichtblennorrhoischen Katarrhe bei Männern hin. Was die Behandlung im speziellen anbetrifft, so geht er zuerst auf die Vakzinetherapie ein. Er benutzt allein das Scheringsche Arthigon, von dem er ausgezeichnete Resultate hatte. „Es ist schon jetzt sichergestellt, daß durch derartige Einspritzungen Blennorrhöen zur Ausheilung zu bringen sind, welche der sonstigen Behandlung trotzen." „Nach den bisherigen Erfahrungen sind diese Einspritzungen besonders wirksam bei abgeschlossenen Gonokokkenherden, also bei Infektionen der Littréschen Drüsen, bei para- oder periurethralen Infiltraten, bei Epididymitis usw." Von der inneren Behandlung hält Klingmüller so gut wie gar nichts. Die Lokalbehandlung führt er streng nach Neisserschen Prinzipien in energischer Weise durch. Zur Abortivbehandlung benutzt er die Methode von Tomasczewski: In Rücken-

Digitized by Google

lage des Patienten füllt man nach Öffnung der Urethrallippen die Fossa navicularis mit 2—3%igem Arg. nitr. oder 10—20%igem Protargol oder Hegonon, wiederholt diese Prozedur einige Male und pinselt nun mit einem dünnen Wattestäbchen die Fossa navicularis und die vorderste noch erreichbare Schleimhautpartie mit derselben Lösung aus. Nachher wird die ganze vordere Harnröhre mit Hegonon (1 : 3000) oder Arg. nitric. (1 : 10000—5000) vorsichtig ausgespült. In der Behandlung der chronischen Blennorrhöe weicht der Verfasser nicht von den allgemein gültigen Grundsätzen ab, hervorzuheben ist seine reichliche Verwendung des Arthigons. A. Gunsett-Straßburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Beitrag zur Wirkung des Salvarsans auf luetische Infiltrate, von Franciszek Krzysztalowicz. (Prz. Lekarski, 1911, Nr. 28.) Verf. untersuchte histologisch in 7 Fällen luetische Infiltrate, die kurz (2—7 Tage) nach der intramuskulären Salvarsaninjektion (0,7 pro dosi) exzidiert wurden. 2 Fälle betrafen primäre Indurationen, 5 sekundäre Erscheinungen. Die Untersuchung ergab überall einen Zellzerfall, der meist in den Plasmazellen zum Vorschein kommt. In einem Falle von luetischer Papel, die 48 Stunden nach der Injektion exzidiert wurde, fand Verf. neben in Atrophie begriffenen Plasma- und Bindegewebszellen eine verhältnismäßig große Anzahl der Mastzellen. In einer Papel, die 5 Tage nach der intravenösen Injektion exzidiert wurde, waren die Zellzerfallserscheinungen deutlicher, als in den Papeln, die 7 Tage nach der intramuskulären Salvarsananwendung untersucht wurden.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Ulzero-gummöses Syphilid mit Salvarsan behandelt, von G. H. Edington und C. H. Browning. (Glasgow Journ., 1911, S. 241.) Ein 16jähriger hereditär luetischer Knabe litt seit einem Jahre an einem ausgedehnten serpiginösen Syphilide am rechten äußeren Knöchel, das zuerst für Tuberkulose angesehen und operativ behandelt wurde. Er erhielt 0,45 Salvarsan subkutan, worauf sich das Ulkus nur wenig zurückbildete. 7 Wochen darauf erhielt er 0,2 intravenös. In weiteren 4 Wochen war die Affektion abgeheilt. Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Behandlung der tertiären Syphilis mit Salvarsan, von Fabry und Kretzmer-Dortmund. (Med. Klinik, 1911, Nr. 37.) Die Verff. berichten über Salvarsanwirkung bei tertiärer Syphilis, insbesondere auf Grund von Fällen mit längerer Beobachtungsdauer. Ein gänzliches Versagen ist nicht vorgekommen, und die Verff. haben den Eindruck, daß Salvarsan hierbei das gleiche leistet wie kombinierte Jod- und Quecksilberbehandlung. Sie empfehlen daher für jede Lues tertiaria Salvarsanbehandlung. Auffallend ist bei dieser Behandlung die schnelle Besserung des Allgemeinbefindens. Neurorezidive wurden nicht beobachtet. Die intravenöse Technik wird von den Verff. für die allein zulässige Applikationsform des Salvarsans gehalten.

Arthur Schucht-Danzig.

Ein einzelner Fall von außergewöhnlicher gummöser Infiltration der Articulatio tibio-femoralis, ohne Auftreten von Gummaten an anderen Stellen. Gutes Resultat mit Salvarsan, von Mendozzi (Giorn. internaz. d. scien. med., 1911, Nr. 11.) Die Überschrift besagt alles. Haas-Hamburg.

Digitized by Google

Ikterus mit letalem Ausgang nach Salvarsan, von A. Hofmann-Sonneberg i. Th. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 33.) Ein 15jähriger Knabe erhielt wegen eines syphilitischen Augenleidens nach dem Versagen einer Schmierkur zunächst eine intravenöse Injektion von 0,3 Salvarsan und eine Woche später die gleiche Dosis intramuskulär. Eine Wirkung auf das Augenleiden konnte nicht festgestellt werden; doch war dasselbe unter Wärmeanwendungen etwa 4—6 Wochen später geheilt, als Erscheinungen von akutem Magenkatarrh mit nachfolgendem Ikterus einsetzten; 3 Wochen nach dem Einsetzen der Gelbfärbung ging Pat. zugrunde. Die Obduktion ergab akute resp. subakute gelbe Leberatrophie, welche Verf. als Wirkung des Salvarsans bei einem vielleicht von vornherein nicht ganz intakten Organ erklärt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Tod nach Salvarsan, von Morata. (Rev. de Med. y Cirujicas, 28. Febr. 1911.) 21jähriger, in seinem Körpergewicht etwas heruntergekommener junger Mann bekam 3 Stunden nach einer unter allen Kautelen vorgenommenen intravenösen Injektion von 0,4 Salvarsan blutiges Erbrechen, starke Diarrhöe, profuse Schweiße; bei bleichem Aussehen und zyanotischer Verfärbung der trockenen Schleimhäute blieb die Temperatur auf 36°, der Puls war fast unfühlbar, der Patient außerordentlich ruhelos. Nachdem er in der ersten Stunde mit den Fäzes etwas Wasser entleert hatte, trat nach 5 Stunden vollkommene Anurie auf, die bis zu dem am anderen Tage im Delirium eintretenden Tode anhielt.

W. Lehmann-Stettin.

Über einen Todesfall nach Behandlung mit Salvarsan bei spinaler Erkrankung (Tabes + Meningitis spinalis syphilitica) mit mikroskopischer Untersuchung des Rückenmarks, von A. Westphal-Bonn. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 22.) Bei einer Frau, deren klinische Diagnose zwischen Tabes mit Muskelatrophien und Pseudotabes syphilitica schwankte, trat in der Nacht nach einer intramuskulären Salvarsaninjektion Tod ein infolge von Zwergfellähmung. Anatomisch zeigte sich außer Aortitis syphilitica eine Kombination von echter Tabes mit einer frischen Meningitis spinalis syphilitica. Die schwerste Erkrankung der vorderen Wurzeln fand sich in der Höhe des 4. Zervikalsegments, der Stelle des Austritts der Wurzelfasern der Nervi phrenici. Es wird die Annahme gemacht, daß reaktive Ödeme und Hyperämie im Wirbelkanal an dieser Stelle einen Druck auf die anatomisch schwer geschädigten Phrenikuswurzeln ausgeübt und hierdurch zu einer plötzlichen Lähmung des Nerven geführt haben; jedenfalls ist eine toxische Salvarsanwirkung auf den N. phrenicus auszuschließen. Verfasser glaubt Grund zu der Annahme zu haben, daß in manchen Fällen, bei denen die sog. Neurorezidive im Anschluß oder bald nach Salvarsanbehandlung auftreten, dieselben als Reaktion eines schon erkrankten Nerven auf das Mittel aufgefaßt werden müssen. Der Fall ist die erste durch anatomische Untersuchung sichergestellte Beobachtung in dieser Richtung.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur Kasuistik der Todesfälle nach Salvarsanbehandlung, von Kannengiesser. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 34.) In der dermatologischen Klinik der Kölner Akademie wurde ein 29jähriger kräftiger Metzger mit Angina specifica, Alopecie, leichter rechtsseitiger Parese im unteren Fazialisgebiete, schwankendem Gang, Schwindel, Nystagmus und einer von einem otologischen Spezialisten festgestellten Affektion des Akustikus im vestibulären sowohl wie im kochlearen Teile, sowie sonstigen Läsionen im Gehörapparat aufgenommen. Die Infektion lag etwa 2 Jahre zurück, und Patient war schon einmal mit Salvarsan (subkutan) und Injektionen von Hg salizyl. antisyphilitisch behandelt worden. Er erhielt nunmehr eine intravenöse Injektion von 0,5 Salvarsan; eine zugleich eingeleitete Schmierkur mußte nach wenigen Tagen wegen Stomatitis abgebrochen werden. Am 14. Tage nach der ersten bekam Patient eine

Digitized by Google

zweite gleiche Einspritzung; abgesehen von Kopfschmerzen war das Befinden während der nächsten 2 Tage gut, doch setzten dann Symptome einer schweren Gehirnaffektion ein, die nach weiteren 2 Tagen tödlich endete. Die in allen Hauptmomenten wiedergegebene Obduktion ergab eine lobuläre Pneumonie, fettige Degeneration an Nieren, Leber und (zugleich mit brauner Atrophie) der Herzmuskulatur, Leptomeningitis und verschiedene Läsionen (Blutungen usw.) am Gehirn. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen Todesfall durch Encephalitis haemorrhagica im Anschluß an eine Salvarsaninjektion, von B. Fischer-Frankfurt a. M. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 34.) Ein 40jähriger Arzt (Laryngologe. Ref.) akquirierte im Beruf Syphilis mit einem am Nasenseptum lokalisierten Primärgeschwür. Eine intravenöse Injektion von 0,4/200,0 wurde, abgesehen von Erbrechen und leichtem Schüttelfrost, gut vertragen. Im Anschluß an diese Therapie wurde mit guter Wirkung eine ausgiebige Schmierkur mit Hg-Resorbin gegeben. Eine Kombination mit Jodkalium mußte dagegen wegen starker Schwellung der Pharynx- und Larynxschleimhaut wieder verlassen werden. Darauf wurde 5 Tage nach Beendigung der Schmierkur und knapp 6 Wochen nach der ersten Salvarsaninjektion eine zweite in der gleichen Weise verabreicht. Nach anfänglich gutem Befinden 2 Tage hindurch stellten sich schwere Gehirnsymptome ein, und unter Fieberanstieg bis zu 40° erfolgte am nächstfolgenden Tage der Exitus letalis. Der mit größter Genauigkeit wiedergegebene Obduktionsbefund bestätigt die Diagnose Enzephalitis und ergibt nebenbei eine jedenfalls nicht ganz rezente Leberzirrhose und parenchymatöse Degeneration anderer Organe. Verfasser weist darauf hin, daß analoge Unglücksfälle auch nach Hg-Behandlung von Plötzl und Schüller publiziert sind. Vorläufig ist es nicht möglich, diesen Zustand der Anaphylaxie befriedigend zu erklären. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Encephalitis haemorrhagica acuta nach intravenöser Salvarsaninjektion von D. Almkvist-Stockholm. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 34.) Unter 180 Fällen, welche mit intravenösen Salvarsaninjektionen behandelt wurden, hat Verfasser einmal einen mit tödlichem Ausgang beobachtet. Es handelte sich hier um einen 32jährigen Herrn, der 1 Jahr etwa nach der Akquisition des Primäraffektes und nach ziemlich energischer sonstiger antisyphilitischer Behandlung eine endovenöse Einspritzung von 0,6 Salvarsan erhielt. Etwa 2 Tage nachher, nachdem zunächst nichts Abnormes zu bemerken gewesen war, traten Kopfschmerzen und leichtes Frösteln auf, dem schwere gastrische Erscheinungen, Koma und sonstige Gehirnsymptome mit Exitus letalis am 7. Tage nach der Injektion folgten. Die ausführlich beschriebene Obduktion ergab akute hämorrhagische Gehirnentzündung, zu der ein vorheriger, längere Zeit hindurch stattgefundener Abusus alcoholicus beigetragen haben mag, und keinen Anhalt für eine etwaige Arsenikvergiftung. Philippi-Bad Salzschlirf.

Todesfälle nach Salvarsan, von Gaucher. (Bull. méd., 1911, S. 33 und 1013.) Bericht über 4 Todesfälle bei gesunden, kräftigen Leuten. Richard Frühwald-Leipzig.

Todesfall nach Salvarsan bei einem gesunden Menschen, von Hallopeau. (Bull. méd, 1911, S. 871.) H. warnt im Anschlusse an die obengenannte Beobachtung vor Salvarsan und preist Hektine an. Gaucher schließt sich seiner Warnung an, der Balzer und Marie widersprechen. Richard Frühwald-Leipzig.

Experimentelle Untersuchungen zur Frage nach der neurotoxischen Wirkung des Salvarsans, von K. Beck-Heidelberg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 1.) Nachdem in der Heidelberger Ohrenklinik ein gehäuftes Auftreten von Gehörstörungen bei Syphilitischen unter der Behandlung mit Salvarsan ziffernmäßig festgestellt worden war, unternahm B. eine größere Serie von experimentellen Untersuchungen an weißen

Digitized by Google

Mäusen. Es wurden 17 Versuchsreihen mit je mehreren Tieren ausgeführt, wobei relativ sehr große Dosen (bis zu 0,003) in die Schwanzvene injiziert wurden. Diese größte Dosis würde einer Gabe von 0,9 für einen 60 kg schweren Menschen entsprechen. Die injizierten Tiere wurden nach angemessenem Zeitraum dekapitiert und die Köpfe nebst Inhalt in Fixierungsflüssigkeit eingelegt, worauf nach Wittmaakscher Vorschrift mit Salpetersäure entkalkt, mit Osmiumsäure behandelt und in Zelluloidin eingebettet wurden. An allen alsdann angefertigten und gefärbten Serienschnitten war zu konstatieren, daß irgendwelche pathologische Veränderungen nicht eingetreten waren.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Eigene Erfahrungen über Abortivkuren mit Kalomel und Salvarsan, sowie über Neurorezidive, von H. Müller-Mainz. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 1.) In früheren Jahren hat M. in ziemlich ausgedehntem Maße die Abortivbehandlung der Syphilis durch Kalomelinjektionen geübt. Als Stichprobe der dabei erzielten Resultate berichtet er über eine Serie von 10 Primäraffekten, welche er vor 2 Jahren im Laufe von 4 Wochen in Behandlung nahm und dauernd verfolgen konnte. Bei allen war die Seroreaktion vor Einleitung der Behandlung negativ. Es sind 3 Fälle klinisch und serologisch gesund geblieben; bei drei anderen war der Verlauf wenigstens als sehr günstig zu bezeichnen, aber bei den übrigen 4 Patienten griff M. schließlich zum Salvarsan. Dem gegenüber erzielte er unter 25 mit der zweimaligen intravenösen Injektion von 0,5 Salvarsan in Verbindung mit einer Quecksilberkur (meist in Form von Kalomelinjektionen) behandelten Patienten ein Freibleiben von Rezidiven in 19 Fällen bei einer Beobachtungszeit von 9—14 Monaten. Allerdings mußte er dabei ein gehäuftes Auftreten von Neurorezidiven konstatieren. Die hier kurz publizierten (5) Fälle sind in der Arbeit von Benario schon publiziert, aber nicht ganz richtig dargestellt. Nach M.s Beobachtungen ist die wirkliche Ursache dieser Vermehrung der Neurorezidive noch nicht nachgewiesen. Den „Wasserfehler" lehnt er jedenfalls als Erklärung bei seinen eigenen Fällen entschieden ab.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tödliche Hemiplegie nach Salvarsaneinspritzung bei Gumma des Rückenmarks, von A. Hoffmann-Düsseldorf. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 4.) Der Patient war ein 42jähriger Schreiber, dessen syphilitische Infektion $5^1/_2$ Jahre zurückdatierte. Trotz wiederholter sachgemäßer Behandlung waren mehrere Rezidive erfolgt, und der Zustand, mit den Symptomen eines Krankheitsherdes am unteren Brustmark, war recht ernst. Man entschloß sich nicht ohne Bedenken zur intravenösen Injektion von 0,6 Salvarsan in 300 ccm schwach alkalischer Lösung. Am folgenden Tage wurden Symptome einer Apoplexie konstatiert, und nach vorübergehender Besserung erfolgte am 9. Tage p. i. der Tod. Die Autopsie ergab als direkte Todesursache einen frischen Erweichungsherd in der Capsula interna und luetische Erscheinungen an der Intima bei verschiedenen Gehirnarterien. Verfasser möchte den Gebrauch von Salvarsan bei Fällen wie dieser nicht direkt verwerfen, rät aber zu einem vorsichtigen Verfahren und der Darreichung von nur kleinen Dosen Salvarsan und kombinieren mit Hg-Präparaten.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Kasuistik der extragenitalen Infektion mit Syphilis und der Heilung einer schweren Syphilis durch Salvarsan, von Heifetz. (Wratschebnaja Gaseta 1911, Nr. 42.) In dem beschriebenen Fall war die Lippeninfektion nicht durch Kuß sondern durch einen Volksbrauch — Behandlung von Herpesbläschen auf der Lippe mit Ohrenschmalz einer syphilitischen Person — zustande gekommen. Die Syphilis nahm einen schweren Verlauf, Hg erwies sich als wirkungslos, dagegen unter Salvarsaneinspritzung schwanden die syphilitischen Erscheinungen. Arth. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Behandlung der hereditären Syphilis durch Einspritzungen von Salvarsan während der Schwangerschaft, von GASTON LORREYTE. (Inaug.-Dissert., Paris, 1911, Nr. 46.) Die Arbeit enthält außer einer Reihe von Beobachtungen und 13 Seiten Literatur nichts Neues. Fritz Loeb-München.

Hereditäre Syphilis und ihre Behandlung mit Salvarsan, von J. L. BUNCH-London. (The Practioner, Juli 1911.) Nichts Neues. Mitteilungen einzelner mit gutem Erfolge direkt behandelter Fälle. W. Lehmann-Stettin.

Salvarsan und hereditäre Syphilis, von ACHILLE BREDA. (Atti del Reale Istituto Veneto di science etc., 1910—1911, Bd. 70, 2. Teil.) B. teilt in vorliegender Arbeit die Geschichte mehrerer Säuglinge mit, deren Mütter mit Salvarsan behandelt waren: 1. 49jährige Frau mit periostalem Gumma der Tibia. WASSERMANN negativ. Sie bekommt 3 Wochen vor der Niederkunft 0,3 Salvarsan intramuskulär. Das Kind ist gesund, gut entwickelt und bleibt am Leben. 2. 20jährige Person mit Angina specifica und breiten Kondylomen der Genitalien. WASSERMANN positiv. Sie bekommt im 5. Monat der Gravidität 0,45 Salvarsan subkutan, danach noch eine intensive Merkurialkur. Sie gebar ein ausgetragenes Kind von kräftiger Konstitution ohne luetische Erscheinungen, aber mit positivem WASSERMANN. Das Kind starb 72 Tage nach der Geburt, ohne je luetische Symptome gezeigt zu haben, an Ernährungsstörungen. Bei der Autopsie fanden sich nur leichte osteo-viszerale Veränderungen, die als luetisch angesprochen wurden. 3. 23jähriges Mädchen mit Roseola, Angina specifica und Papeln der Genitalien. WASSERMANN positiv. Dasselbe erhielt 4 Wochen vor der Niederkunft 0,45 Salvarsan. Das Kind war ausgetragen, wurde ohne Symptome und mit negativem WASSERMANN geboren. 6 Monate nach der Geburt starb dasselbe plötzlich. Bei der Sektion fanden sich Lungenläsionen, welche der Pneumonia alba syphilitica ähnlich sahen.

Am Schluß seiner Arbeit teilt B. noch einige Arsenbestimmungen im Urin nach Salvarsan und den Befund eines in toto entfernten Salvarsanabszesses mit.

Gunsett-Straßburg.

Die Wirkung des Salvarsans auf kongenitale Syphilis, von L. R. DEBUYS-New Orleans. (Arch. of Pediatrics, Nov. 1911.) Verfasser referiert kurz über das, was bisher erreicht worden ist durch die Salvarsanbehandlung der Mutter oder des Säuglings selbst, und berichtet eingehend drei Fälle, aus denen er folgende Schlußfolgerungen zieht: 1. Die beste Behandlungsmethode für ein luetisches Kind geschieht durch die Milch der Mutter. 2. Wenn eine weitere Behandlung sich nötig erweisen sollte, so kann man bei dem Kinde Injektionen mit Quecksilber oder Salvarsan vornehmen; vorzuziehen ist Hg. 3. Die Behandlung des Fötus durch Behandlung der Mutter gibt keine zufriedenstellenden Resultate. 4. Auch bei Kindern ist Salvarsan am besten intravenös zu geben. W. Lehmann-Stettin.

Einige Bemerkungen über den Wert und die Anwendung von Salvarsanbehandlung, von J. GUSZMANN. (Orv. Hetilap, 1911, Nr. 23.) Das Salvarsan könnte und müßte über das Quecksilber gesetzt werden, wenn sich bei der Anwendung herausgestellt hätte, daß sich einerseits die Rezidive später und seltener einstellen, und daß andererseits die eventuellen unangenehmen Begleiterscheinungen wenigstens nicht schwieriger und häufiger auftreten als im Laufe der Quecksilberbehandlung. Die Erfolge bei der Salvarsanbehandlung sind aber bezüglich der Rezidive sowie der begleitenden Nebensymptome nicht besser als die bei der Quecksilberbehandlung, und so kann das Urteil nicht zugunsten des neuen Mittels ausfallen. Im allgemeinen kann man sagen, daß jedem Falle mit günstigem Erfolge ein Fall mit weniger gutem Resultat gegenübergestellt werden kann. Zwischen diesen Extremen bewegt sich dann der größere Teil der Fälle, in denen das Resultat der symptomatischen Heilung dem des

Digitized by Google

Quecksilbers ähnlich ist. Die versuchsweise mit Syphilis geimpften Tiere können von einer einzigen Salvarsaninjektion endgültig geheilt werden. Der entscheidenste Beweis dafür ist, daß die Tiere wieder mit Syphilis infiziert werden können. Die Heilbarkeit der Tiersyphilis beeinflußte die Forscher in der Frage der sofortigen Heilbarkeit der menschlichen Syphilis. Mit Salvarsan können in solchen Fällen die schönsten Erfolge erreicht werden, in denen sich die Syphilis in hartnäckig rezidivierender oder jeder Quecksilberbehandlung trotzenden Schleimhautsymptomen äußert oder wenn die Syphilis mit Quecksilber ungenügend behandelt worden ist und in Fällen von Lues maligna. Mit auffallend gutem Resultate wird Salvarsan auch in Syphilisfällen bei anämischen, schwachen und mageren Individuen angewendet. Besondere Indikationen für Salvarsan sind bestehende Stomatitis, außergewöhnlich schlechtes Gebiss. Auch Idiosynkrasie gegen Quecksilber gehört hierher. In sonstigen Fällen der Syphilis hat Salvarsan, was das Zumschwindenbringen der Symptome betrifft, keine besondere Indikation dem Quecksilber gegenüber, ja sogar manchmal auch nicht dem Jod gegenüber. Die Haltung der Salvarsanbehandlung der positiven Wassermann-Reaktion gegenüber weicht kaum von der des Quecksilbers ab. Auch nach einer einzigen energischen Quecksilberkur wird die Wassermann-Reaktion oft negativ, was manchmal ständig so bleibt. In späten latenten Luesfällen bleibt die Reaktion zumeist unverändert positiv. Diese Erfahrungen machte Verfasser mit Quecksilberbehandlung und auch mit Salvarsaninjektionen. Er hatte Gelegenheit, einen jungen Mann zu beobachten, der das schwerste Krankenbild einer akuten Gelenkslues bot, obgleich er zwei Salvarsaninjektionen bekommen hatte. Er hatte Fieber und war durch die Schmerzen total heruntergekommen. Jodnatriumbehandlung hatte guten Erfolg, so daß Patient das Gelenksleiden in kurzer Zeit ganz losgeworden ist. Gegen die zerfallenden Syphilide eines 13jährigen, an kongenitaler Lues leidenden Mädchens gab Verfasser Salvarsaninjektionen. Zwei Monate später hatte es handgroße zerfallene Gummata. Bei lokaler Quecksilberbehandlung und bei Jodnatriumkur war es in 5 Wochen vollkommen geheilt. Es kamen Fälle vor, in denen wieder die Wirkung des Jodes und des Quecksilbers geringer zu sein schien, als die des Salvarsans. Bezüglich der Heilwirkung spricht der Erfolg bald für Jod und Quecksilber, bald für Salvarsan. Das Salvarsan kann nicht über das bisherige Verfahren gesetzt werden. Nach Verfassers Ansicht ist es nicht notwendig, sogar schädlich, wegen des Salvarsans die bisherige, gut bewährte Quecksilber- und Jodkur kritiklos beiseite zu schieben. Es ist am Platze, wenn die Behandlung der Syphilis in den meisten Fällen nach den bisherigen therapeutischen Prinzipien vorgenommen wird. Aber deshalb werden noch immer Fälle vorkommen, die von selbst die Indikation für Salvarsan bieten, z. B. bei maligner Lues, Idiosynkrasie gegen Merkur etc. Die Salvarsanbehandlung muß auf einen engeren Kreis gedrängt werden, und es müssen im allgemeinen kleinere Dosen zur Anwendung kommen; denn die symptomatische Behandlung kann auch mit einer kleineren Dose das Ziel erreichen. Auch die unangenehmen Nebenwirkungen werden dabei geringfügigeren Grades sein. Von raschestem Erfolg und zugleich das glatteste Verfahren ist die intravenöse Injektion, aber da Arsen im Organismus kein Depot hat, stellen sich Rezidive auch häufiger ein. 2—3 Wochen nach solchen Injektionen sind Rezidive keine Seltenheiten. Wenn eine rasche Wirkung dringend und wichtig ist, wäre dieses Verfahren am Platze. Die Depotbehandlung, also die intraglutäale und die subkutane Injektion ist auch dann von anhaltenderer Wirkung, wenn 0,3—0,4 g pro Dosis gegeben wird.

Porosz-Budapest.

Therapeutischer Wert des Salvarsans, mit Bericht von Fällen, von E. J. Angle und J. J. Snipes-Lincoln, Neb. (Ther. Gaz., 15. Dez. 1911.) Nichts Neues; 15 Fälle von 32 werden ziemlich eingehend mitgeteilt. „Wenn überhaupt, so ist es nur eine

Digitized by Google

beschränkte Zahl von Fällen, in denen das Ideal der ‚therapia magna sterilisans' erreicht wird." Immerhin glauben die Verf., daß bei geeigneter kombinierter Behandlung eine Abkürzung des ganzen Verlaufs der Syphilis möglich sein kann.

W. Lehmann-Stettin.

Für und gegen das Salvarsan, von Audry-Toulouse. (La province méd., 1912, Nr. 2.) Salvarsan ist unbedingt indiziert bei primärer Syphilis, ferner in jedem Stadium, wenn die Symptome auf Hg und KJ nicht weichen. Im floriden Stadium: je weniger Injektionen, desto weniger toxische Unglücksfälle (Krämpfe, Koma usw.)! Eine Reinjektion ist nur dann vorzunehmen, wenn die Heilung nicht bis zum 10. Tag eintritt und überhaupt nicht vor dem 10. Tage. Immer ist im sekundären oder tertiären Stadium Hg nebenbei zu geben, um Neuroreaktionen und Neurorezidive zu verhüten. Hg gibt Verfasser per os oder als graues Öl. Die Salvarsandosis soll 0,6 sein. Häufigere (4 oder 5) Wiederholung kleinerer Dosen (0,3) sind wegen Akkumulation und toxischer Zufälle gefährlicher. Werther-Dresden.

Salvarsan, von Carle. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 8.) Auf Grund seiner Erfahrungen kommt der Verf. zu folgenden Schlüssen: Salvarsan (mindestens 3 intravenöse Infusionen) soll mit Quecksilber kombiniert werden. Seine Anwendung kommt besonders in Frage bei großer Ansteckungsgefahr (Verheiratete, Prostituierte), bei schweren ulzerösen Erscheinungen und bei Mißerfolg des Quecksilbers. Bei Nerven-, Gefäß- und Nierenerkrankungen usw. darf es nicht gebraucht werden. Richard Frühwald-Leipzig.

Diagnostische und therapeutische Bedeutung der Spirochaeta pallida nebst Bemerkungen über die wirksamste Bekämpfung der Syphilis, von Erich Hoffmann-Bonn. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 7.) Nicht nur bei primärer, sondern auch bei unklarer, bereits behandelter sekundärer Syphilis, insbesondere bei solitären Sekundäraffekten übertrifft vielfach den Spirochätennachweis an Bedeutung die Wassermann-Reaktion und ermöglicht oft allein die sichere Diagnose. Die vom Verfasser geübte Methode der Salvarsan-Hg-Kur (4—5 intravenöse Salvarsaninjektionen zu 0,4 in 5—7tägigen Zwischenräumen neben einer 36 tägigen Inunktionszeit oder Injektionskur von 12 Hg-Salizyl-Spritzen) gibt hervorragend gute Erfolge und gestattet, die chronisch-intermittierende Behandlung auf weniger zahlreiche Kuren zu beschränken. Neurorezidive kommen auch nach Hg-Salvarsankuren vor, nach rechtzeitig eingeleiteter kombinierter Kur von obiger Stärke wurden sie vom Verf. noch nicht beobachtet. Albert Kunst-Dresden.

Über die Erfolge der kombinierten Salvarsanquecksilberbehandlung bei Syphilis, von W. Scholtz-Königsberg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 7.) Verfasser äußert sich in außerordentlich günstiger Weise über die Erfolge der von ihm geübten kombinierten Salvarsanquecksilberbehandlung. Er gibt im Anfang der Kur an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je 0,3—0,4 Salvarsan intravenös; schaltet dann eine 5—6 wöchige Quecksilberbehandlung ein und gibt zum Schlusse nochmals 0,6—0,8 Salvarsan auf 2 Tage verteilt. Unter Umständen werden nach einer Pause von 4 Wochen nochmals 0,8 Salvarsan verabreicht. Es wurden im primären Stadium nur in 9%, im sekundären in 14%, im tertiären in 40% und im Stadium der Latenz nur in 5% Mißerfolge beobachtet. D. h. es traten entweder Rezidive auf, oder die Wassermann-Reaktion blieb positiv oder wurde wieder positiv. Die Beobachtungszeit erstreckt sich auf $^1/_4$—$1^1/_4$ Jahr. Albert Kunst-Dresden.

Über die kombinierte Quecksilbersalvarsanbehandlung der Syphilis, von Max Loewenberg-Düsseldorf. (Med. Klinik, 1911, Nr. 19.) Die kombinierte Behandlung wird in der Form empfohlen, daß zunächst Salvarsan, dann eine Hg-Kur und zum Schluß nach 6 Wochen nochmals Salvarsan appliziert werden soll. Größere Dosen als 0,3 werden

Digitized by Google

nicht gegeben außer bei Primäraffekten. Als Methode der Hg-Kur wurden Einreibungen bevorzugt. Neurorezidive wurden nicht beobachtet (165 Fälle).

Arthur Schucht-Danzig.

Ein experimenteller Vergleich zwischen Salvarsan, Quecksilber und Jodkalium in bezug auf ihre antisyphilitische Wirkung, von J. Mc Intosh und P. Fildes-London. (Lancet, 30. Sept. 1911.) Als Versuchsobjekte bei dieser experimentellen Untersuchung dienten Kaninchen, welchen an den Testikeln resp. dem Skrotum durch Impfung mit syphilitischen Virus typische, ca. $1^1/_2$—2 cm im Durchmesser betragende spezifische Geschwüre beigebracht worden waren. Die Spezifität wurde durch den Nachweis von Spirochäten gesichert. Das eine Tier erhielt dann intravenös eine Injektion von 0,1 Salvarsan; mit dem Dunkelfeldmikroskop wurde konstatiert, daß schon nach 3 Stunden die Spirochäten sich zu verändern begannen, und daß sie in 7 Stunden total vernichtet waren. Das Geschwür heilte vollständig in 16 Tagen. Ein anderes Tier erhielt in 2 Portionen mit dreitägigem Intervall 0,013 Quecksilberbijodid intravenös, also eine hohe Dosis. Die Vernichtung der Spirochäten war erst am 5. Tage beendet, und die Heilung des Schankers brauchte fast 4 Wochen. Die 5 mal in Zwischenräumen von 2 Tagen wiederholte intravenöse Injektion von 0,2 Jodkalium erwies sich in jeder Hinsicht als wirkungslos.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Salvarsan und Quecksilber zur Behandlung von Syphilis, von H. C. French. (Lancet, 24. Juni 1911.) Verf. bringt aus der Literatur eine Zusammenstellung von allen ihm bekannt gewordenen Äußerungen, welche sich gegen das Salvarsan richten, und zählt die bisher bekannt gegebenen Unfälle auf. Er kommt zu dem Resultate, daß das Salvarsan dem Quecksilber gegenüber durchaus minderwertig sei und niemals dessen Stelle einnehmen werde. — Es ist gewiß von Vorteil, wenn eine scharf prüfende Kritik geübt wird, um einer blinden Begeisterung entgegenzutreten. F. scheint aber in den gegenteiligen Fehler verfallen zu sein und sich gegen ein jetzt schon doch als unzweifelhaft wirkungsvoll erwiesenes Heilmittel mit Vorurteilen abzuschließen. Seine Behauptung ferner, daß bis zum August 1910 erst 1000 Fälle behandelt worden waren, daß aber bald nach diesem Zeitpunkt entgegen der Erklärung Ehrlichs, erst einige 20000 Fälle abzuwarten, das Salvarsan in England käuflich zu haben war, darf jedenfalls nicht unbeanstandet hingehen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Quecksilberbehandlung bei Syphilis nach Salvarsaninjektionen, von J. S. Eisenstaedt. (Journ. amer. med. assoc., 1911, S. 1686.) Salvarsan darf nicht über sondern nur neben Quecksilber gestellt werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Kann Salvarsan das Quecksilber ersetzen?, von Dreuw-Berlin. (Reichs-Med.-Azgr., 1912, 36. Jahrg., Nr. 26.) Verfasser beantwortet die Frage durch Illustration von vielen Beispielen mit nein und resumiert, daß die Quecksilberbehandlung noch immer die Behandlung der Zukunft ist, besonders als Allgemeinbehandlung, Salvarsan nur dort indiziert ist, wo Hg und Jod nicht gegeben werden darf.

Zum Schluß stellt er folgende Leitsätze auf: 1. Die intramuskulären und subkutanen Injektion ist verwerflich und darf in Anbetracht der schrecklichen Nekrosen von einem gewissenhaften Arzt nicht verwendet werden. 2. Die intravenöse Injektion kann die Hg-Kur für die Allgemeinbehandlung nicht ersetzen. 3. Die kombinierte Behandlung verschleiert und verhindert jeden klaren Einblick bei der Beurteilung der Dauerwirkung des Salvarsans. 4. Für die Prostituiertenbehandlung bedeutet die Salvarsanbehandlung keinen Vorteil, sie bedeutet eine große Gefahr, indem die Symptome schnell kaschiert werden, jedoch keine Heilung erzielt wird. 5. Die Rezidive nach Salvarsan sind unverhältnismäßig schwere, geradezu charakteristische Rezidive, die von Hg-Rezidiven zu unterscheiden sind.

Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Hyperideal und Salvarsan, von Fritz Lesser-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 23.) Verfasser gelang es seinerzeit, durch mehrfache Injektionen kleiner Dosen von „Hyperideal" die positive Wassermannsche Reaktion in eine negative zu verwandeln, was ihm mit dem Salvarsan des Handels nicht mehr gelang. Auch glaubt er, Unterschiede in der Farbe und Löslichkeit, ferner in der Menge der zur Alkalisierung notwendigen Natronlauge konstatiert zu haben. Er glaubt an eine geringe spirillozide Wirkung des „neuen" Präparates. Arthur Schucht-Danzig.

Richtigstellung zu der Arbeit Fritz Lessers, von P. Ehrlich. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 24.) Ehrlich erklärt, daß die Angaben F. Lessers, das Salvarsan habe nach seiner Freigabe eine Modifikation erfahren, unzutreffend sind. Die früher von Lesser empfohlene Behandlungsweise: wöchentliche Injektion kleiner Salvarsanmengen sei unzweckmäßig und daher zu verlassen. Nicht ausgeschlossen sei, daß an den jetzigen ungenügenden Resultaten auch die Anwendung gebrauchsfertiger Lösungen beteiligt ist. Arthur Schucht-Danzig.

Die Ziele einer ausreichenden Syphilisbehandlung und die provokatorische Salvarsaninjektion bei zweifelhafter Syphilis, von Gennerich-Kiel. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 43.) Von den Quecksilberpräparaten sind nach G.s Beobachtungen zur Erzielung einer Dauerheilung das Kalomel und das graue Öl bei richtiger und genügend ausgiebiger Anwendung entschieden am wirksamsten. Dies bestätigen auch die Ergebnisse einer größeren Reihe von Serumprüfungen von alten sowohl wie von relativ frischen Fällen. Während im Versuchsjahr 1908/09 nach einer Schmierkur mit 144 g Ungt. ciner. die Patienten nur 3 Spritzen Kalomel zu 0,06 erhielten, wurden im folgenden Jahr außer der gleichen Schmierkur 8 Kalomelspritzen zu 0,05 oder 15 Spritzen zu 0,07 abfallend bis 0,04 gegeben nebst 2 Spritzen Oleum cinereum zu 0,1 g. Für den ersten Jahrgang ergab sich ein Positivbleiben der Seroreaktion nach der Behandlung bei ca. 59% alter Fälle; im zweiten Jahre dagegen nur bei etwa 25%. Ferner ist zu konstatieren, daß bei latenten Fällen, die probeweise ausgeführte Injektion von Salvarsan, namentlich ohne vorherige Kalomelbehandlung, bei einer 10tägigen Kontrolle in vielen Fällen ein Positivwerden der Wassermannreaktion nach früher negativem Befunde hervorruft. Zur Behandlung werden folgende Grundzüge aufgestellt: Neben 8—10 Kalomelspritzen (abfallend von 0,07—0,04 Hg chlorat.) werden durchschnittlich 5, bei entsprechender Indikation auch mehr intravenöse Salvarsaninjektionen zu 0,5 gegeben. Bei Abortivbehandlung wird von Anfang an beides verabreicht; in allen älteren Fällen werden 6 Kalomelspritzen vorausgeschickt. Die Kalomeleinspritzungen erfolgen 4tägig, ebenso auch die ersten 3—4 Salvarsaninjektionen; bei den späteren werden 6—10tägige Pausen gemacht. Tritt trotz einwandfreier Injektion gelegentlich eine Reaktion ein, wie z. B. in frischen Sekundärfällen trotz der Hg-Vorbehandlung, so wird stets eine Verlängerung der Pausen vorgenommen. Von einer gleichzeitigen Jodmedikation ist abzuraten, da nach den Untersuchungen von Blumenthal Jod die Resorption von Quecksilber in die Gewebe verhindert. Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Das Koplikssche Zeichen außerhalb der Masern, von Weill und Gardère. (Soc. des Sc. méd. de Lyon, 23. Juni 1911.) Die Verfasser haben in drei Fällen von Mumps das Koplikssche Symptom gefunden. Sie halten deshalb dasselbe nicht für spezifisch für Masern. Es ist nichts anderes als eine zirkumskripte am Ausgang des Stenonschen Ganges gelegene Stomatitis. A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Bericht über medizinische Beobachtungen auf Savaii und Manono (Samoa), von A. Leber-Berlin und S. v. Prowazek-Hamburg. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1911, Bd. 15.) Die Verfasser haben während eines achtwöchigen Aufenthalts auf der Samoainsel einen großen Teil der Bevölkerung kennen gelernt und sich mit ihren hygienischen Verhältnissen vertraut gemacht. Auffallend war das nicht seltene Vorkommen von echtem Albinismus selbst in alten vornehmen Familien.

Die Kinder der Samoaner haben häufig in der Kreuzbeingegend dunklere unsymmetrische Geburtsflecken, welche bei zunehmendem Alter vergehen.

Von Geschlechtskrankheiten haben sie außer eines Falles von Blennorrhöe und einiger Fälle tertiärer Lues wenig oder gar keine frischen Fälle gesehen; Lepra ist nicht beobachtet worden. Die Frambösie ist in ganz Savaii besonders unter den Kindern gleichmäßig verteilt.

Von Hautkrankheiten beobachteten sie den gemeinen Ringwurm, Borkenringwurm (Tinea circinata). Außerdem eine verwandte Dermatomykose, von den Eingeborenen Lupe genannt; es gibt eine schwarze, graue und weiße Lupe. Hauptsächlich werden die Füße und Arme befallen. Die Samoaner glauben durch eintätowierte Linien, die sie als Grenze um die kranke Stelle ziehen, der Ausbreitung der langsam fortschreitenden Hautkrankheit Halt zu gebieten. Die Infektion der Haut schreitet landkartenförmig vor, während zentralwärts einzelne Regionen oft einer Abschuppung unterliegen. Aus den Hautschuppen wurde nach 12 Stunden ein penizilliumähnlicher Pilz mit vielfach verzweigtem Myzel gezüchtet. In Matantu wurde ein Fall von Tinea imbricata beobachtet. In Saipipi fanden die Forscher ein Xeroderma pigmentosum der Gesichtshaut. Von Geschwülsten sahen sie einen Fall von Prostatatumor, Uterusmyom, mehrere Submandibularlipome, Osteosarkom des Unterkiefers.

In Manono beobachteten sie Elefantiasis, Tuberkulose, Skrofuloderma, Frambösie, Ulcus tropicum, Skabies, Ringwurm, Schuppenringwurm, Lupe, Pityriasis, Sarkom u. a. m.

Chrzelitzer-Posen.

Verschiedenes.

Vom 26.—31. Juli tagt in Prag ein **Kongreß für medizinische Elektrologie und Radiologie.** Referate: 1. Radioaktivität (Ref. Bertolotti-Turin); 2. Hochfrequenzströme bei Gelenkleiden (Morlet-Antwerpen); 3. Resistenz der Haut (Doumer-Lille); 4. Phototherapie mittels Lichtbädern (Peyri-Barcelona); 5. Ionisation und Elektrolyse (Sarazin-Angers) u. a. — Auskunft erteilt Dr. Christ. Hynek-Prag, II. Allgemeines Krankenhaus.

Die **Wiener Allgemeine Poliklinik,** wohl das hervorragendste Institut dieser Art, an dessen Gründung Heinrich Auspitz wesentlichen Anteil gehabt hatte, feierte am 9. Mai das 40jährige Jubiläum ihres Bestandes. Als Vorstände dermatologischer und urologischer Abteilungen wirkten daselbst Grünfeld, H. v. Hebra, Jarisch, Rille, Spiegler und Ultzmann, gegenwärtig Brandweiner, v. Frisch und Nobl.

Priv.-Doz. Dr. Friedrich Bering, Oberarzt der derm. Klinik in Kiel, erhielt den Titel Professor.

Dr. Victor Blum hat sich in Wien als Privatdozent für Urologie habilitiert.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tabnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

25. Mai 1912 | Nr. 21 | Band 54

Einige interessante Lokalisationen von Pilzerkrankungen.

(Trichophytia glandis. — Isoliertes Skutulum von Achorion Quinckeanum am Augenlide. — Von den Achselhöhlen ausgehendes Ekzema marginatum.)

Von

Dr. J. Brault,

Professor für Tropenkrankheiten, Syphilis und Hautkrankheiten an der medizinischen Fakultät in Algier.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Richard Frühwald, Leipzig.)

(Mit 4 Abbildungen.)

Die Trichophytie der Schleimhäute ist bis jetzt noch nicht sicher festgestellt worden[1]); für die Übergangsstellen zur äußeren Haut hat man authentische Beispiele, wenigstens bezüglich des Lippenrotes (Sabouraud). Über die Lokalisation an der Eichel, mit der ich mich hier beschäftigen will, konnte ich in der mir zugänglichen, etwas beschränkten Literatur nichts finden. Auch aus meiner persönlichen Erfahrung kenne ich keine analogen Läsionen auf der Schleimhaut der Eichel, wie ich sie im folgenden Falle beobachtete:

Fig. 1.

X., etwa 30jähriger Schlächtergehilfe, kommt am 12. Dezember 1911 wegen einer ungefähr seit einem Jahre bestehenden Affektion der Eichel. Er hatte vergeblich ärztlichen Rat eingeholt und die verordneten Salben brachten keine bemerkenswerte Besserung; deshalb kam er zu mir. Auf der Eichel (vgl. Fig. 1) sah man zwei kleine Herde, die von einem feinen roten Saume umgeben waren, der sich deutlich von der Farbe der Eichel abhob und etwa 1 mm breit war. Das Zentrum der Herde erschien dagegen glänzend und glatt, und auch bei Lupenbetrachtung erschien es nur wenig schuppend[2]). Die Affektion verursachte mäßiges Jucken, das den Kranken nicht belästigte. Ich ließ den Patienten sich entkleiden, doch konnte ich keine andere Eruption auf der Haut feststellen.

[1]) Fall von Malcolm Morris, Sternet und Giletti. S. Sabouraud „Les Teignes", S. 461. — [2]) Dies erklärt sich durch die Feuchtigkeit der Stelle, da der Kranke ein normales Präputium hatte.

Digitized by Google

Aufmerksam gemacht durch das Aussehen, die Farbe und die Anordnung der Herde mußte ich sofort an eine Epidermomykose denken, wenn auch der Sitz ungewöhnlich war. Denn in der Tat, das, was ich sah, glich weder einem Ekzem, noch einem Syphilid, noch einer Psoriasis glandis, Fälle, die ich häufig zu sehen Gelegenheit habe. Was zumal die Annahme einer Syphilis betrifft, ist hervorzuheben, daß der Kranke sonst keinerlei Zeichen dieser Krankheit hatte und auch jede Infektion leugnete. Handelte es sich nun um eine Trichophytie, einen Favus von trichophytoidem [1]) Aussehen, oder um etwas anderes? Ich mußte ziemlich stark kratzen, um einige feine Schuppen zu erhalten, die ich sofort untersuchte. Nach Vorbehandlung mit Kalilauge konnte ich mühelos in den Schuppen ein Myzel mit Sporen feststellen, daß vollständig dem des Trichophyton glich (Fig. 2). Dieses Myzel war gefächert, regelmäßig; man sah keine freien Sporen.

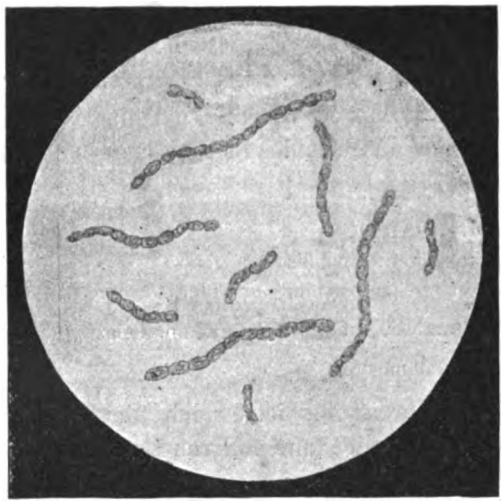


Fig. 2.

Leider hatte ich die ohnehin geringe Schuppenmenge gänzlich in die Kalilauge getan, so daß ich keine Kulturen anlegen konnte. Dadurch verliert diese Beobachtung allerdings etwas an Wert. Immerhin, da das klinische Bild gegeben war und auch der mikroskopische Befund stimmte, so kann es sich sehr wohl um eine Trichophytie der Eichel gehandelt haben.

II.

Krankengeschichte: G. A., 44jähr. Italienerin, seit langem in Algier wohnhaft, kommt in die Sprechstunde. Sie ist schon wiederholt ärztlich untersucht worden, doch konnte keine Diagnose gestellt werden. Dennoch zeigte sie eine absolut typische Läsion, die keiner differentialdiagnostischen Erwägungen bedarf und die ich sofort als ein ziemlich großes Favusskutulum erkannte. Nichts fehlte, weder die schwefelgelbe Farbe, noch die Anordnung der Schale mit ihrer starken Depression, noch die eigentümliche Trockenheit, noch der Geruch. Dieses etwas ovale Skutulum, das sich hauptsächlich in transversaler Richtung ausdehnte, war etwa 1 cm lang, etwas über $^1/_2$ cm hoch; der Rand der Depression umfaßte einen ziemlich tiefen und stellenweise rissigen Grund.

[1]) Im Gegensatze zu dem, was ich mehrmals auf dem Stamme und den Extremitäten gesehen habe, konnte ich am Genitale nur Favusskutula beobachten.

Digitized by Google

Die Umgebung war kaum geschwollen und leicht gerötet. Kurz, die reaktiven Erscheinungen waren sehr geringfügig, und es bestand auch keine Drüsenschwellung. Außer diesem Skutulum hatte die Frau kein anderes Zeichen von Favus, ebensowenig von Trichophytie. Ich entfernte das Skutulum durch Umschläge, applizierte Pinselungen mit Jodtinktur, worauf rasch Heilung eintrat, so daß in wenigen Tagen alles erledigt war.

Experimentelle Untersuchungen: Die in Kalilauge zerteilten Stücken des Skutulums zeigten ein deutliches Netzwerk von Achorion; der Pilz ist etwa 2—2½ μ groß.

Kultur: Fein zerteilte Stückchen des Skutulums wurden auf verschiedene Nährböden gebracht, vor allem aber auf Gelose von folgender Zusammensetzung: Gelose 20, Chlornatrium 5, Pepton 10, Wasser 1000. Auf einem solchen Nährboden sind die Kolonien weiß, etwas flaumig und bilden ein rundes, manchmal völlig scheibenförmiges Plateau, in dessen Zentrum sich ein Knopf erhebt, von dem manchmal 1 oder 2 feine Falten zur Peripherie laufen.

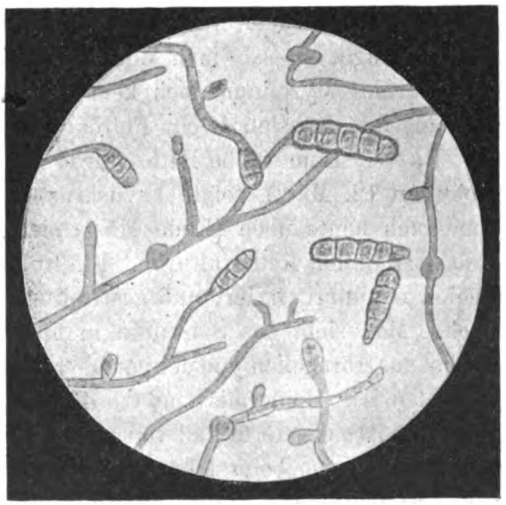


Fig. 3.

Kultur im hängenden Tropfen (Bouillon): In dem Myzelium, das in etwa 4 μ große Segmente geteilt ist, erscheinen nach einigen Tagen birnförmige mehrkämmerige Spindeln, die 3—4—5 Fächer zeigen. Nach 6—7 Tagen sind sie 9—12 μ breit und 40 μ lang. Längs der Fäden sieht man außerdem interkaläre Chlamydosporen (Fig. 3).

Kultur auf dem Sabouraudschen Nährboden: Eine Kultur auf dem oben angegebenen Medium wurde an Dr. Fage geschickt, der auf den Sabouraudschen Nährboden überimpfte und dann den Pilz als Achorion Quinckeanum erkannte.

Hierauf legte ich selbst neue Kulturen auf Glykose und dem Sabouraudschen Maltose-Medium an:

Glykose: Runde, flaumige Kulturen, die beim Wachsen kugelförmig werden und in Aussehen und Farbe an Schneeflocken erinnern, während sie von unten gelblich erscheinen. Sie bilden Skutula und sind von einem bläulich-roten Saume umgeben.

Maltose: Auf diesem Nährboden sind die Kolonien ebenfalls weiß, aber weniger kugelig und flaumig, wie auf dem vorigen, und sind von

Digitized by Google

einer flaumigen Franse umgeben. Etwas später flachen sie etwas ab, falten sich und zeigen multiple Knoten und Riefen. Das Kulturoptimum liegt bei 37°.

Impfungen: Drei Meerschweinchen wurden am Rücken mit Ausgangskulturen geimpft. Die rasierten Stellen wurden leicht skarifiziert und dann mit den Kulturen eingerieben; gleichzeitig wurden auch mit der Lanzette intrakutane Inokulationen vorgenommen. Etwa am 6. Tage bemerkte man stellenweise sero-sanguinolente Krusten, die die Haare verklebten. Vom 7. Tage ab zeigten sich dicke, gipsfarbene Favuskrusten auf infiltrierter Haut; an zwei oder drei Punkten sah man deutliche, kleinste Skutula; diese Läsionen vermehrten sich bis zum 9. oder 10. Tage, dann gingen sie zurück; die Tiere genasen spontan, doch erschienen die Haare erst nach mehreren Wochen. Behandelte man diese Favuskrusten mit Kalilauge, so sah man ein geradliniges, meist welliges oder auch moniliformes Myzelium, doch keine Pilze in den Haaren. Doch ergaben sich aus den Krusten leicht Retrokulturen.

Ratte. Eine weiße Ratte wurde an einer rasierten Stelle des Kopfes inokuliert (2. März), zeigte Favuskrusten am 8. März, dann Skutula, die man auch heute noch (Ende März) sieht. Auch aus diesen Skutulis erhielt man leicht Retrokulturen. Ein Stück Haut wurde aus der befallenen Region exzidiert, fixiert und geschnitten. Die Präparate waren sehr lehrreich. Man sieht das Skutulum in die Epidermis eingefügt mit seinem Deckel aus Hornzellen und der peripheren leukozytären Infiltration; die tiefen Schichten der Epidermis sind verdünnt, die Kutis ist leicht infiltriert.

Dies ist der vierte Fall von spontanem, durch Achorion Quinckeanum bedingtem Favus beim Menschen. Zwei stammen von Bodin, der dritte von Adamson. Die Infektion erfolgt durch Ratten; sie ist bei unserer Italienerin leicht zu erklären, da sich die Angehörigen dieser Nation hier in Algier im sogenannten Marineviertel in älteren Häusern zusammendrängen, wo es von Ratten und Mäusen wimmelt. Die Kranke war die einzig Angesteckte in ihrer Familie; eine Tochter, die ich sah und behandelte, litt allerdings an einer Affektion des behaarten Kopfes, doch handelte es sich um Phtiriasis und Impetigo.

III.

Das Ekzema marginatum Hebrae, das durch Epidermophyton inguinale (Sabouraud) verursacht wird, sitzt gewöhnlich in den Genitalbeugen und der Innenfläche der Oberschenkel, seltener unter den Brüsten oder in den Achselhöhlen. In dem folgenden Falle waren die Achselhöhlen sicher primär befallen nach den Angaben des Kranken und vor allem des Arztes, der ihn zuerst gesehen hat.

Digitized by Google

Die Erscheinungen waren völlig charakteristisch: die rechte Achselhöhle ist fast vollständig eingenommen von einem großen roten Herde, dessen Zentrum etwas glänzend ist, während der deutlich polyzyklische, bogenförmige Rand viel intensiver rot gefärbt erscheint. Letzterer zeigt auch reichliche breite Abschuppung. Unterhalb dieses Hauptherdes sieht man einen kleineren Herd, etwa in Kokardenform. In der linken Achselhöhle sieht man zwei große zirzinäre Plaques vom selben Aussehen wie in der rechten. In beiden Schambeugen bestehen die zwei großen, klassischen Herde des Ekzema marginatum, mit glänzendem Zentrum und rotem, schuppendem, bogenförmigem Rande. Außerdem findet sich ein Herd in der Schamgegend und ein kleiner versprengter Fleck an der Innenseite des Oberschenkels, vier Querfinger oberhalb des oberen Endes der Kniescheibe. Derartige rapid entstandene Läsionen mit deutlichem, schuppendem Rande gestatten uns Erythrasma, Intertrigo und Ekzem auszuschließen.

Fig. 4.

Die histologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose vollinhaltlich. Bei dieser Affektion kommt es ganz auf den Rand an; er ist vom klinischen Standpunkte völlig charakteristisch und er liefert auch die Schuppen, die reichlichst die Parasiten enthalten. In solchen Schuppen wimmelt es von Epidermophyten, und auch in unserem Falle fanden wir seine langen, 3—4 μ breiten Bänder mit viereckigen, verschieden großen Segmenten[1]). Wir haben eine stattliche Anzahl von Aussaaten gemacht und Reinkulturen mit ihrer charakteristischen Färbung, ihrer Form und ihrem etwas staubigen Aussehen erhalten. Wir fügen eine Zeichnung von Dr. Flottes bei, die das Aussehen einer Kultur im hängenden Tropfen wiedergibt (Fig. 4).

[1]) Wir haben Impfungen an Meerschweinchen versucht, doch, wie vorauszusehen war, ohne Erfolg.

Digitized by Google

Vermehrung der reduzierenden Wirkung der Pyrogallolpflaster.

Von

Polizeiarzt Dr. Dreuw, Berlin.

Die bisherige Applikation von reduzierend wirkenden Pyrogallolpflastern und Pflastermullen hat den großen Nachteil, daß das fabrikmäßig aufgestrichene Pyrogallolpflaster durch den Sauerstoff der Luft wegen der Flächenausbreitung und der langen Lagerung in der Regel schon oxydiert ist, wenn es mit der erkrankten Haut in Berührung kommt. Infolgedessen ist eine reduzierende Wirkung kaum noch oder nur in geringem Maße möglich. Will man die reduzierenden Eigenschaften des Pyrogallols in Pflasterform voll und ganz zur Wirkung bringen, so muß das Pflaster vom Arzt oder von dem Patienten sofort vor der Applikation direkt angefertigt werden mit Hilfe einer Pflastermasse, die vollständig luftdicht abgeschlossen ist. Diese Aufbewahrung geschieht am besten in Zinn- oder Glastuben, welche verhindern, daß der Sauerstoff der Luft oxydierend wirken kann. Man drückt aus der Tube eine geringe Menge der darin befindlichen reduzierenden Pflastermasse auf ein Stück Billrothbatist oder auf Cambric-Bindenstoff, Leinen oder eine sonstige Unterlage, Lint und dergleichen, verstreicht die Pflastermasse mit einem Messer, Glas- oder Holzstapel und klebt sie auf die erkrankte Hautstelle. Durch die in der Dtsch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 1, von mir beschriebene Methode, durch Zusatz von Zinkoxyd und grüner Seife zu Pyrogallol eine Pflastermasse herzustellen, ist das Problem der Herstellung derartiger ad hoc zu verwendender stark reduzierender und klebender Mischungen, die sowohl als Salben und als Pflaster verwandt werden können und daher von mir „Unguenta adhaesiva" genannt wurden, gelöst. Das „Unguentum adhaesivum" enthält 10% Salizylsäure, 20% Pyrogallol, Liq. carbon. deterg. und Zinkoxyd, 25% Sapo viridis und Adeps lan. anhydric. Statt des Liq. carbon. detergens können Ol. rusci, Ichthyol, Anthrasol und andere Antiekzematosa verwandt werden.

Verreibt man die oben angegebenen Substanzen im Mörser, so bemerkt man, daß durch immer stärkeres Reiben schließlich eine kautschukartige, klebrige Beschaffenheit dieser „Salbe" zustande kommt. Wenn man sie mit der Spitze des Zeigefingers berührt, so fühlt man deutlich die klebrige Beschaffenheit. Wäscht man den Finger nicht rechtzeitig mittels Benzin oder Seife, so wird die Fingerspitze ganz schwarz, ein Zeichen, daß diese

Digitized by Google

„Salbe“ intensive reduzierende Wirkungen entfaltet. Sie ist von grauweißer Farbe. In einem gläsernen Salbentopf sieht man durch das durchsichtige Glas hindurch, daß das Innere grauweiß bleibt, während die mit der Luft in Verbindung stehende Oberfläche sich braunschwarz färbt in einer Dicke von 1—2 mm. Verstreicht man das „Unguentum adhaesivum“ auf weißes Papier oder auf Leinen oder Cambric-Bindenstoff, so bleibt es auch bei längerer Lagerung grauweiß. Dagegen tritt bei der Applikation des „Unguentum adhaesivum“ auf die Haut schon nach wenigen Stunden eine intensive Schwärzung der Haut ein. Es scheinen also auf der lebenden Haut noch physiologische Momente vorhanden zu sein, die hier im Gegensatz zu dem leblosen Gewebe die rasche Schwärzung bedingen.

Es ist schwer möglich, durch Verreiben mit der Hand im Mörser eine intensive Mischung der angegebenen Komposition zu machen. Schon nach wenigen Minuten erlahmt der Arm, da die Verreibung wegen der kautschukartigen Beschaffenheit große Schwierigkeiten macht. Dies ist mir auch durch eine Reihe Zuschriften von Kollegen und Apothekern bestätigt worden. Durch eine rein mechanische Verreibung der einzelnen Medikamente in der Salbenmühle jedoch gelingt diese innige Vermischung leicht. Die Kaiser-Friedrich-Apotheke, Berlin NW., Karlstraße 20a, hat es übernommen, in mechanischer Weise die von mir angegebenen „Unguenta adhaesiva“ herzustellen und zwar zunächst folgende 4 Kompositionen, die in Tuben verpackt und luftdicht verschlossen versandt werden.

1. Unguent. adhaesiv. cum Liq. carb. deterg.
2. „ „ „ Ol. rusci
3. „ „ „ Anthrasol
4. „ „ „ Ichthyol

Die Verpackung der „Unguenta adhaesiva“ in Tuben hat außer dem Luftabschluß noch den Vorteil, daß das „Ung. adhaesiv.“ weich und geschmeidig bleibt, während es in Porzellankruken durch den Luftzutritt allmählich korkartig hart und daher unbrauchbar wird. Den Tuben liegt ein Holzspatel und ein Stück Lint und Billrothbatist bei.

Die Kaiser-Friedrich-Apotheke verfertigt je nach Wunsch des Arztes die obigen Kompositionen entweder in mehr weichem oder festweichem, pastenartigen Zustande. Die weichen Kompositionen lassen sich der Haut direkt wie eine Salbe aufstreichen oder auch nach der Verstreichung auf einer entsprechenden Unterlage in Pflasterform verwenden. Bei direkter Applikation auf der Haut bestreut man das „Unguentum adhaesivum“ zweckmäßig mit etwas Talkum. Haftet das ad hoc bereitete Pflaster namentlich am Knie und Ellbogen nicht genügend fest, so wird

Digitized by Google

es entweder mittels eines kreuzweise angelegten Heftpflasters befestigt oder so, daß man das Heftpflaster um die Ränder des Pyrogallolpflasters zur Befestigung herumlegt. Es erhellt ohne weiteres, daß bei dem wirklich eintretenden Reduktionsprozesse, der sich in einer intensiven Schwarzfärbung der Haut dokumentiert, geradezu frappante Wirkungen bei chronischen Hauterkrankungen sich zeigen. Als Indikationen für die „Unguenta adhaesiva" kommen in Frage alle akuten und chronischen Hautaffektionen, namentlich Ekzem und Psoriasis.

Interessant und wichtig ist, daß trotz der starken Zusammensetzung selbst bei fünftägiger Anwendung sogar in der Hodengegend (Ekzema marginatum) eine Reizung der Haut kaum eintritt. Hierdurch ist die Verwendung für die verschiedensten Hauterkrankungen gesichert und andererseits das Problem gelöst, stark prozentuierte, reduzierende Salbenmischungen ohne nennenswerte Reizung der Haut verwenden zu können.

Zur Theorie der mikroskopischen und klinischen Beobachtung in der Dermatologie.

Von

Dr. Eduard Bäumer, Berlin.

Der Dermatologe ist nicht nur in der glücklichen Lage, den ganzen Verlauf eines Krankheitsprozesses in allen seinen Phasen und Erscheinungen auf der Haut sich abspielen zu sehen, er kann auch jederzeit seine klinische Beobachtung des lebendigen Menschen durch die mikroskopische Untersuchung eines exzidierten Hautstückchens ergänzen und unterstützen, ohne daß durch den kleinen Eingriff dem Kranken irgend welcher Nachteil oder Schade geschieht. Aus diesem Grunde ist auch in keinem Spezialgebiet der Medizin so überaus eifrig und erfolgreich histologisch gearbeitet worden, wie in der Dermatologie. Nicht nur die pathologische, auch die normale Histologie verdankt Dermatologen eine stattliche Reihe wertvoller Arbeiten. Namen wie Blaschko, Ehrmann, Herxheimer, Jarisch, Kromayer, F. Pinkus, Unna u. v. a. sind in der Literatur der normalen Histologie von ebenso gutem Klange wie in der eignen Spezialliteratur. Und ein solches Monumentalwerk wie Unnas Histopathologie der Hautkrankheiten, noch dazu als Arbeit eines Einzelnen, vermag keine andere Spezialdisziplin aufzuweisen.

Bei dieser emsigen Forscherarbeit ist es vielleicht von Interesse, wenn einmal der Versuch gemacht wird, die erkenntnistheoretischen Grundlagen der ärztlichen Beobachtungen in der Dermatologie zu erörtern.

Zwischen der normalen und pathologisch-histologischen Untersuchung besteht ein fundamentaler Unterschied, wobei ich natürlich nicht vergesse, daß es Fälle gibt, in denen die Grenze zwischen dem Normalen und Pathologischen nicht mit absoluter Sicherheit zu ziehen ist. Immerhin steht für die unbestritten normale Histologie fest, daß sie nur das rein Morphologische zum Gegenstand hat, denn funktionelle Ver-

Digitized by Google

änderungen, sofern wir sie nicht am lebenden oder überlebenden Objekt studieren können, sind niemals histologischer Untersuchung zugänglich.

Das in der üblichen Weise gehärtete, in Schnitte zerlegte und gefärbte Material vermag uns über funktionelle Veränderungen keinen Aufschluß mehr zu geben, denn Funktion ist Prozeß, also Bewegungsvorgang. Wir sehen an diesem Material nur, welchen morphologischen Bau das exzidierte Gewebsstückchen in dem Augenblick hatte, als es aus dem überlebenden Zustand durch die Fixierung in den Zustand des Todes überging.

Anders liegen die Verhältnisse bei der pathologisch-histologischen Untersuchung. Hier sehen wir neben dem rein morphologischen auch noch Veränderungen der einzelnen Hautschichten, Zellinfiltrationen verschiedenster Art, Veränderungen an Blut- und Lymphgefäßen usw., welche nicht nur rein morphologisch von Interesse sind, sondern mehr noch als die Erzeugnisse eines in der Haut sich abspielenden Krankheitsprozesses unsere Aufmerksamkeit erfordern; und das um so mehr, als wir den ganzen Prozeß bereits am lebenden Menschen als klinisches Krankheitsbild studiert haben und von der histologischen Untersuchung ein besseres Verständnis des klinischen Bildes erhoffen.

Die pathologisch-histologische Untersuchung ist aus dem angeführten Grunde auch wesentlich schwieriger als die normale, denn ein normales Objekt braucht, als rein Morphologisches, nur beschrieben zu werden, das pathologisch-histologische Bild will aber nicht nur genau beschrieben, sondern, in stetem Hinblick auf das klinische Bild, auch gedeutet sein.

Diese Schwierigkeit der Deutung histopathologischer Befunde wächst mit der Intensität und Extensität des klinischen Krankheitsprozesses, der sich auf der Haut abspielt. In den Fällen, wo es sich nur um kleine Tumoren, Nävi und dergleichen handelt, welche rein lokalen Ursprungs sind, überwiegt auch am pathologischen Material das Morphologische; erheblich schwieriger wird aber die Deutung der mikroskopischen Bilder dann, wenn das Material einem Krankheitsprozeß entstammt, der entweder die Projektion einer inneren Erkrankung auf die Haut oder eine universelle Hauterkrankung darstellt.

Was wir im klinischen Bilde eines solchen Falles beobachten, ist ein Nacheinander von Erscheinungen am lebenden Organismus, wir haben es nur mit dem lebendig im Organismus vor unseren Augen ablaufenden Prozeß zu tun und wir Dermatologen sind ja, wie oben gesagt, in der glücklichen Lage, diesen Prozeß auf der Haut in allen seinen Stadien beobachten und verfolgen zu können.

Hierzu bedarf es freilich eines klinisch geschulten Blickes, denn nur dieser vermag von der Haut gewissermaßen abzulesen; ihm entgehen auch die feineren und feinsten Nuancen des Krankheitsprozesses nicht. In dieser Sicherheit der klinischen Beobachtung und in der überaus großen individuellen Mannigfaltigkeit der Krankheitsbilder und nicht zuletzt in der, bei guter klinischer Beobachtung, sicheren Aussicht auf erfolgreiches therapeutisches Wirken liegt ja im Grunde die Freude an der Dermatologie.

Der Anfänger freilich, klinisch noch ungeschult, wird der Lebendigkeit und Mannigfaltigkeit und dem individuell so verschiedenen Verlauf des klinischen Krankheitsbildes nicht selten ratlos gegenüberstehen und greift daher viel eher und öfter zum Mikroskop, in der Hoffnung, durch das histologische Bild den ersehnten Aufschluß zu gewinnen und — um bald genug enttäuscht zu werden.

Woher nun aber diese Enttäuschung?

Wie eben erwähnt, zeigt uns das klinische Bild ein Nacheinander von Erscheinungen, also den Ablauf eines zeitlichen Lebensprozesses. Ganz anders das histologische Bild, hier haben wir nur ein räumliches Nebeneinander, der lebendige Prozeß im Organismus ist hier in einem einzigen Augenblick fixiert, etwa so, als wollte man aus der kinematographischen Aufnahme eines bewegten Vorganges ein einzelnes Bild

Digitized by Google

herausgreifen und von diesem Bild aus den ganzen verwickelten Bewegungsvorgang zu erklären versuchen.

In dieser Inkongruenz der beiden Bilder, in der Schwierigkeit oder besser Unmöglichkeit, den lebendigen klinischen Prozeß mit dem starren Nebeneinander des Histologischen in Einklang oder zur Deckung zu bringen, hierin liegt im Grunde die Enttäuschung, welche wir so oft erleben, wenn wir die Mannigfaltigkeit und Lebendigkeit des klinischen Bildes mit dem histologischen Befunde vergleichen.

Und noch eine Schwierigkeit ergibt sich aus der Inkongruenz der beiden Bilder: dem Untersucher und Beobachter, welchem das lebendige klinische Bild vor Augen steht, verwandelt sich unwillkürlich das Nebeneinander des Histologischen in ein Nacheinander; er wird ohne es zu wollen, das klinische Bild in das mikroskopische hineintragen und seine Schilderung des histologischen Bildes wird die Schilderung eines Prozesses.

Die fundamentale Inkongruenz des klinischen und histologischen Bildes hat nun aber keineswegs ein bloß theoretisches Interesse, im Gegenteil, es lassen sich für die histologischen Forschungen hieraus Forderungen ableiten, die zwar schon gelegentlich erhoben, aber noch nicht prinzipiell als unerläßlich notwendig begründet worden sind.

Die Inkongruenz der beiden Bilder läßt sich nämlich wesentlich abschwächen wenn man:

1. den klinischen Vorgang in allen seinen Stadien histologisch untersucht,
2. jedes exzidierte Hautstückchen in eine lückenlose Serie von Schnitten zerlegt.

Diese beiden Forderungen gelten ja allgemein als das Ideal, welches angestrebt werden müsse; sie sind aber gar kein Ideal, sondern ein notwendiges und dringendes praktisches Postulat, welches jener Inkongruenz des klinischen und histologischen Bildes entspringt.

Was die erste Forderung betrifft, so ist sie am besten geeignet, in das histologische Bild wenigstens einen Schein von der Lebendigkeit und Mannigfaltigkeit hineinzutragen, die uns das klinische Krankheitsbild so interessant machen. Nur so kann es gelingen, mit einiger Aussicht auf Treue histologisch ein Bild jenes vorher klinisch beobachteten Prozesses zu rekonstruieren. Wer die Mühe nicht scheut, in dieser wahrhaft wissenschaftlichen Weise histologisch zu arbeiten, der wird auch den entsprechenden Erfolg haben. In praxi sind alle ernsthaft wissenschaftlich arbeitenden Untersucher bereits so verfahren, ich verweise z. B. auf Unnas histopathologische Arbeiten und die schönen Untersuchungen von F. Pinkus über die Histologie des Lichen ruber.

Die zweite Forderung, daß in jedem Falle eine lückenlose Schnittserie des untersuchten Objekts angefertigt werden muß, ist eigentlich nur eine logische Konsequenz der ersten. Man begegnet allerdings noch immer dem Vorurteil, daß es unmöglich sei, Hautmaterial in Paraffin einzubetten, weil es zu hart werde. In Wirklichkeit läßt sich jedes dermatologische Untersuchungsobjekt mit Paraffin behandeln, wenn man es aus absolutem Alkohol in Chloroform, Chloroform-Paraffin usw. überführt.

Bei der nachgewiesenen Inkongruenz des klinischen und mikroskopischen Bildes müssen im Interesse einer streng wissenschaftlichen Bearbeitung alle Momente benutzt werden, welche geeignet sind, die Inkongruenz soviel wie möglich auszugleichen und dazu gehört nicht nur die Untersuchung aller Stadien des Krankheitsprozesses, sondern auch die Anfertigung lückenloser Schnittserien; eine histopathologische Untersuchung, welche diese beiden Postulate nicht erfüllt, wird den Anforderungen strenger Wissenschaftlichkeit nicht gerecht!

Zum Schluß noch ein Wort über Abbildungen histologischer Präparate, die ja immer unentbehrlich bleiben werden, weil auch die glänzendste Schilderung histologischer Befunde allein nicht genügt, um dem Leser eine adäquate Vorstellung davon zu geben.

Digitized by Google

Als das Ideal an Treue und Objektivität gilt allgemein die mikrophotographische Reproduktion histologischer Bilder, das ist aber nur zum Teil richtig. Allerdings wird bei der Mikrophotographie die Subjektivität des Zeichners ganz ausgeschaltet, und jede, auch die beste Zeichnung ist subjektiv, aber die Photographie ist doch mit Nutzen nur für Übersichtsbilder zu gebrauchen. Der photographische Apparat kann eines nicht, was das Auge des geübten Zeichners kann: er kann sich nicht auf eine optische Ebene des Präparates beschränken, sondern bringt alle optischen Ebenen, mehr oder weniger deutlich zur Ansicht, und Hautschnitte lassen sich nicht so dünn herstellen, daß sie in praxi einer einzigen optischen Ebene gleichkämen; abgesehen davon, daß so dünne Schnitte doch nur für ganz besondere Zwecke der Untersuchung nützlich sind.

Ich möchte also doch der von einem histologisch und zeichnerisch geschulten Arzte, am besten von dem Untersucher selbst, angefertigten Zeichnung den Vorzug geben und zwar halte ich die mit Geschick und Kritik aus den einzelnen Bildern der Serie kombinierte Zeichnung für die beste.

Diese Betrachtung hat mir den Gedanken nahegelegt (den ich allerdings mit aller Reserve und Vorsicht ausspreche), ob es nicht gelingen könnte, den Kinematographen für die Darstellung histologischer Bilder zu verwenden[1]). Wenn man alle Schnitte einer Serie mikrophotographisch auf den Film bannt und nun diesen Film langsam und vorsichtig mit der Hand abrollt, so muß der Beschauer bei der Projektion gewissermaßen die ganze Schnittserie in ein Gesamtbild zusammenfassen können.

Wenn auch damit keineswegs das glänzende Resultat erreicht wird, welches man mit der Kinematographie lebender mikroskopischer Objekte erzielt hat — das histologische Präparat ist tot und bleibt tot und wird auch durch den Kinematographen nicht wieder zum Leben erweckt — immerhin könnte es auf diese Weise gelingen, dem Beschauer einen Einblick in das histologische Gefüge einer Hautaffektion zu geben, welcher unmittelbarer und eindringlicher wirkt, als das mühsame Durchstudieren einer Schnittserie. Natürlich bleibt das genaue Studium der Präparate für die feineren Einzelheiten stets unerläßlich und unentbehrlich; es könnte aber auf dem vorgeschlagenen Wege gelingen, auch einem größeren Auditorium eine übersichtliche Vorstellung von der Histologie der Hautkrankheiten zu vermitteln und vor allem wäre man imstande, mit Hilfe des Films die höchstmögliche Grenze zu erreichen, bis zu der man die Inkongruenz des klinischen und mikroskopischen Bildes ausgleichen und versöhnen könnte.

Fachzeitschriften.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Bd. 16, Nr. 3.

Verdauungsstörungen und Harnkrankheiten, von William S. Wadsworth-Philadelphia.

Chirurgische Behandlungsmethoden der Haut, von Leonard C. Frescoln-Philadelphia.

Kapillarer und venöser Kreislauf und Hautkrankheiten, die ihren Ursprung in einer Störung dieser Gefäße und in Blutveränderungen haben, von R. E. Mc Vey-Topekas.

---

[1]) Siehe auch meinen Aufsatz: Kinematograph und Erkenntnislehre. Die Zukunft, 1911, 20. Jahrg., Nr. 1.

Digitized by Google

Pyelitis bei Blennorrhöe, von Noah E. Aronstam-Detroit. Kasuistik.

Salvarsan, von J. W. Miller-Cincinnati. Kontraindikationen für die Anwendung dieses sehr wertvollen Mittels sind nur das Säuglingsalter und hohes Greisentum oder Herz- und Nierenkrankheiten. Empfehlenswert ist die Verbindung einer Salvarsanbehandlung mit Quecksilberkur.

Erogene Zonen bei erworbener sexueller Perversität, von James G. Kiernan-Chikago. Fall eines 43jährigen Mannes mit neuropathischer Anlage und Erektionen der Brustwarzen.

Neue einfache Methode der Salvarsananwendung, von George Knowled Swinburne-New York. Empfehlung intramuskulärer Salvarsan-Jodipin-Injektionen.

Enuresis und Masturbation, von Joseph H. Lopez-Philadelphia.

Über den Wert der Pyelographie zur Diagnose des erweiterten Nierenbeckens, von Viktor Blum-Wien. Wenn auch der Wert der Pyelographie hoch zu schätzen ist, so ist doch die Füllung des Nierenbeckens mit Kollargol oft für den Patienten gefahrvoll durch nachfolgende Verätzung der Schleimhaut. Vielleicht kann die Methode für den Patienten gefahrloser werden, wenn man statt des Kollargols Sauerstoff oder Elektrargol anwendet.

Ein neues Operationszystoskop, von William N. Senn-Chikago. Das angegebene Zystoskop gestattet Operationen mittels Inzision, Kurettement, Kauterisation neben Spülungen und Ureterenzystoskopie.

Acne vulgaris obstinata, von Douglas H. Stewart-New York. Hinweis auf die schlechte Zahnstellung und Deformität der Kiefer bei vielen Aknepatienten, bei denen dadurch fehlerhaftes Kauen und schlechte Verdauung entstehen.

Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von J. A. Guthrie-Portsmouth. Seifenwaschung und Sublimatanwendung mit nachfolgender zehnprozentiger Argyrolinjektion und Einsalbung mit 33prozentiger Kalomelsalbe post coitum.

Vernichtung der Wurzel der Geschlechtsleiden, von A. L. Benedikt-Buffalo. Nichts Neues.

Hautkrankheiten in China, von S. R. Klein-New York. Leprakranke an der Meeresküste, häufiges Vorkommen von Molluscum contagiosum und Pityriasis versicolor.

Spezifische Behandlung der Pellagra, von E. H. Martin-Hot Springs. Gute Erfolge mittels kleiner ansteigender Salvarsandosen. Schourp-Danzig.

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Bd. 9, Nr. 5.

Über Vorbeugungsmittel gegen venerische Erkrankungen, von R. Kaufmann-Frankfurt a. M. Allgemein Bekanntes.

Der Kampf gegen das Animierkneipenwesen in Frankfurt a. M., von Max Flesch-Frankfurt a. M. Die Ortsgruppe Frankfurt hat gemeinsam mit dem evangelischen Frauenbund und anderen Vereinen Frankfurts an den preußischen Landtag das Ersuchen gerichtet, durch Ergänzung der Gewerbeordnung eine Unterdrückung des ausschließlich der Förderung der Trunksucht und der Prostitution dienenden Animierkneipenwesens zu bewirken, besonders durch die Zulassung eines die Errichtung von Wirtschaftsbetrieben regulierenden Gemeindebestimmungsrechts und durch soziale und hygienische Schutzmaßnahmen zugunsten der beteiligten weiblichen Personen.

Nr. 6.

§ 184, 3, von Max Flesch-Frankfurt a. M. Derselbe Aufsatz steht in Zeitschr. d. Ges. z. Bek. d. Geschl., Bd. 12, Nr. 11.

Digitized by Google

Bd. 10, Nr. 1 u. 2.

Nochmals Prof. Gruber und der Schutz gegen die Geschlechtskrankheiten, von A. Blaschko. In einer Münchener Schwurgerichtsverhandlung gegen eine Ankündigung von Schutzmitteln gegen Geschlechtskrankheiten hatte Gruber erklärt, daß er die Ankündigung derartiger Mittel für sehr verderblich halte, weil sie den zügellosen Geschlechtsverkehr in ungeheuerer Weise fördere. Blaschko tritt dieser Auffassung entgegen, indem er ausführt, daß es den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten außerordentlich erschwere, wenn eine in den Grenzen des Anstandes erfolgte Ankündigung von Schutzmitteln verboten wird. Schourp-Danzig.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Bd. 12, Nr. 10 u. 11.

Eine neue sexualpädagogische Statistik, von E. Meirowsky-Köln u. A. Neisser-Breslau. Die Verfasser richteten eine Umfrage über das Auftreten der ersten sexuellen Gefühle und Gedanken, über die Masturbation, den ersten geschlechtlichen Verkehr und über etwa erworbene Geschlechtskrankheiten an 300 Ärzte. Es antworteten 90, deren Mitteilungen die Verfasser teilweise veröffentlichen, um an ihnen zu zeigen, daß der nächste Weg zur sexuellen Erziehung der heranwachsenden Jugend der Weg der Aufklärung der Eltern und Erzieher sein muß.

Praktische Vorschläge für die Durchführung einer sexuellen Erziehung, von Martin Chotzen-Breslau. Die Vorschläge wurden von dem Verfasser vor zwei Jahren als Denkschrift dem Kultusministerium überreicht.

Zur Frage der Strafbarkeit der Ankündigung von Schutzmitteln, von Julian Marcuse. Zwei Gerichtsurteile zum § 184, Abs. 3. Es handelt sich um Freisprechung durch das Münchener Schwurgericht

§ 184, 3, von Max Flesch-Frankfurt a. M. Die Ortsgruppe Frankfurt der D. G. B. G. hatte bei dem Polizeipräsidium den Antrag gestellt, in den tolerierten Häusern der kasernierten Prostitution Plakate in den Zimmern der Mädchen anzubringen, durch die den Besuchern das Vorhandensein von Schutzmitteln und deren Verkäuflichkeit durch die Mädchen bekannt gegeben würde. Das Polizeipräsidium lehnte die Ausführung des Antrages mit Hinweis auf die Bestimmungen des § 184, 3 ab.

Heft 12.

Über ansteckende Geschlechtskrankheiten und Ehegesetzgebung, von Magnus Möller-Stockholm. Eine ausdrückliche Angabe der Geschlechtskrankheiten im Gesetz als Grund für die Auflösung der Ehe scheint erstrebenswert. Die Einführung eines obligatorischen Zeugnisses über vorgenommene ärztliche Untersuchung als Bedingung für die Zulassung zur Ehe würde einen allzu umständlichen Apparat erfordern. Das durch diese Maßregel erstrebte Ziel, die Aufklärung, ist durch eine allgemeine Volksaufklärung durch Vorträge und Volksschriften zu erreichen.

Reform der Budapester Sittenpolizei, von Hans Schneickert-Berlin. Wiedergabe der revidierten Polizeivorschriften, in denen die Einführung der amtsärztlichen Untersuchung der Kontrolldirnen neu ist.

Bücherbesprechungen.

Zwei Jahre Salvarsantherapie, von P. Ehrlich, J. Kraus, A. v. Wassermann, Redakt. Fr. Keysser. (Ztschr. f. Chemother. u. verw. Gebiete, 1912.) Alt-Uchtspringe

Digitized by Google

eröffnet die Reihe der Berichte mit „Weitere Erfahrungen mit Salvarsan". Ihm folgt E. Schreiber-Magdeburg mit einem Artikel: „Die Salvarsantherapie", dem sich Benario-Frankfurt mit einer gedrängten Darstellung der Frage der „Neurorezidive" anschließt. „Über die Resultate der Abortivbehandlung der Syphilis mit Salvarsan, bzw. kombinierter Behandlung" berichtet Gennerich-Kiel. Tomasczewski-Berlin bringt ein „Sammelreferat der Arbeiten über Salvarsan, die in der Zeit vom 10. Juli bis 20. Oktober 1911 erschienen sind". Es folgen danach Bericht über die amerikanische Salvarsanliteratur von John A. Fordyce-New York, Referat über die Salvarsananwendung in Frankreich von Emery-Paris, Bericht über die englische Literatur über Salvarsan von James McIntosh-London, Sammelreferat über sämtliche russische Arbeiten über Salvarsan, die bisher erschienen sind, von Jul. G. Iversen-St. Petersburg und Salvarsantherapie in Italien von M. Ascoli-Catania.

Schourp-Danzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Der Wert der Wassermannschen Reaktion und des Salvarsans, von A. Keidel und J. T. Geraghty. (Journ. amer. med. assoc., 1911, S. 1659.) Bekanntes. (Aus dem Umstande, daß einige mit Salvarsan behandelte Patienten durch 4—5 Monate rezidivfrei blieben, den Schluß zu ziehen, daß eine Radikalheilung vorliege, ist wohl etwas gewagt. D. Ref.)

Richard Frühwald-Leipzig.

Aphorismen zur Salvarsantherapie nach bisheriger Eigenbeobachtung, von E. Bonn-Brüx. (Prag. med. Wochenschr., 1911, Nr. 24.) Bericht über wenig zahlreiche (12) eigene Fälle bei Anwendung intramuskulärer Injektionstechnik.

Arthur Schucht-Danzig.

Salvarsan in refracta dosi angewendet, von E. Szántó-Budapest. (Gyógyászat, 1911, Nr. 24.) Verfasser wendete Salvarsan in refracta dosi nur in solchen Fällen an, in denen hartnäckige Lues konstatiert worden ist, wo trotz der alten Behandlung neuere Symptome eingetreten sind, bzw. wo die alten luetischen Veränderungen nicht heilen wollten. Anfangs gab Verfasser den Patienten 0,10 wöchentlich, später 0,20. Infiltrate konnten 3—4 Wochen später nicht gefunden werden; Nekrose trat nicht auf. Diese Anwendungsmethode rief keinerlei pathologische Erkrankung hervor. Die luetischen Erkrankungen verschwanden nach der ersten oder zweiten Dose, als ob auf einmal eine große Dose eingespritzt worden wäre. Salvarsan wendete Verfasser dort an, wo die stationären Symptome durch die alte Quecksilber- und Jodbehandlung nicht zum Schwinden gebracht werden können. Hartnäckige Psoriasis luetica palmaris verschwand nach der ersten 0,10 Dose. Nach weiteren 5 Einspritzungen verschwanden alle äußeren Symptome der Lues. Bei einer Form der Lues, bei der sich Anämie entwickelt, war Salvarsan von vortrefflicher Wirkung. Ein Landwirt akquirierte vor 6 Jahren Lues. Er litt an ständiger Iritis, bald auf dem einen, bald auf dem anderen Auge und bekam Schmierkuren. In der ophthalmologischen Klinik wurde er drei Wochen behandelt und als gebessert entlassen. Nach Konsultation eines Augenarztes wandte Verfasser Salvarsan an. Er bekam 3 Salvarsaninjektionen à 0,20 und sein Gesicht war niemals so klar, wie jetzt. Verfasser teilt über mehrere Fälle die Kasuistik mit; es ist ihm gelungen, die äußeren luetischen Symptome zum Verschwinden zu bringen. In Fällen von inneren luetischen Erkrankungen hörten die Klagen der Patienten auf. In Fällen von hartnäckigen

Digitized by Google

luetischen Erkrankungen, in denen Quecksilber- und Jodbehandlung keine Heilung bringt, kann Lessers Verfahren empfohlen werden. Verfasser injizierte abwechselnd in die Rückenmuskeln. Porosz-Budapest.

Noch eine Arsenikverbindung zur Behandlung der Syphilis (Hydrarsan), von J. C. McWalter-Dublin. (Brit. med. Journ., 17. Juni 1911.) In einer kurzen Notiz berichtet Verf., daß er und andere Kollegen auffallend gute Resultate bei Syphilis erzielt haben durch Verbindung von Phenyl-dimethyl-iso-Pyrazolon mit Sublimat, Arsenik, und Jodkalium. Er verschreibt: R. Phenazon 0,6; Hydrarg. perchlorid. 0,01; Arsen. chlorat. 0,006; Kal. jodat. 0,3. Man gibt es am einfachsten in wässeriger Lösung und läßt nebenbei auch wohl Tinct. chinae in angemessenen Dosen nehmen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von C. H. Browning und D. Mackenzie-Glasgow. (Brit. med. Journ., 23. Sept. 1911.) Bei 300 in den letzten 15 Monaten mit Salvarsan behandelten Fällen hatten Verf. fast durchweg sehr günstige Resultate zu verzeichnen. Die Injektionen wurden teils intravenös, teils als neutrale Suspension subkutan und teils intramuskulär in alkalischer Lösung gegeben. Von 22 nur mit Primärsyphilid behafteten Patienten bot keiner, so lange die Beobachtung dauerte, anderweitige, spätere Syphilisläsionen dar. Spätsymptome waren bei 32 Kranken, die sich gegen Hg refraktär erwiesen hatten, zu konstatieren. Nach der Salvarsanbehandlung von diesen 32 Kranken wurde die vorher positive Serumreaktion negativ bei 18 Fällen; bei den anderen steht die Entscheidung zum Teil noch aus. Als die beste derzeitige Syphilistherapie empfehlen Verf. die intravenöse Injektion von Salvarsan in alkalischer Lösung in Dosen von 0,4—5 für einen erwachsenen Mann und nachfolgend eine Schmierkur; nach 3 Wochen ist die Injektion zu wiederholen und dann auch mit der Schmierkur fortzusetzen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ehrlichs Chemotherapie und sein Syphilisheilmittel. (Med. Blätter, 1911, Nr. 20.) Nach ein paar allgemeinen Worten über Chemotherapie kommt eine Lobrede auf Salvarsan, deren Tenor um so mehr verwundern muß, als der erste himmelstürmende Enthusiasmus über das Mittel längst verraucht ist und einer ruhigen Kritik Platz gemacht hat. Die prophylaktische Darreichung von Salvarsan als „Impfung" zu bezeichnen, steht wohl im Widerspruch mit den wissenschaftlichen Ansichten über „Impfen".

Richard Frühwald-Leipzig.

Was leistet das Salvarsan bei der Behandlung der frischen Syphilis? von A. Blaschko-Berlin. (Ther. d. Gegenw., Mai 1911.) Blaschko unterscheidet in der Frühperiode der Syphilis drei Stadien:

1. Primäraffekt eben aufgetreten; Wassermann negativ,
2. Primäraffekt besteht; Wassermann positiv; keine Sekundärerscheinungen,
3. die ersten Allgemeinerscheinungen vorhanden; Wassermann positiv.

Die Möglichkeit, aus dem Negativwerden der Wassermannschen Reaktion auf Dauerheilung schließen zu können, lehnt Verf. ab; da er einem negativen Wassermann keine Bedeutung für die Dauerprognose, nicht einmal für die Prognose der nächsten Zeit beimißt. Ausgedehnte Versuche mit ausschließlicher Salvarsanbehandlung hat Verf. nicht gemacht, auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt er die mit Hg kombinierte intravenöse Salvarsanbehandlung, da er den Eindruck hat, daß sich beide Mittel ergänzen. „Neurorezidive" wurden unter mehreren hundert Fällen, die kombiniert behandelt wurden, nicht beobachtet. Arthur Schucht-Danzig.

Über die lokale Salvarsanbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Spirochätenerkrankungen im Bereiche der Mundhöhle, von J. Zilz. (Münch. med.

Digitized by Google

Wochenschr., 1912, Nr. 1.) Dem Beispiele Gerbers folgend, hat Verf. bei einem sehr ernsten Fall von Osteomyelitis des Unterkiefers, welche durch Spirochaeta dentium hervorgerufen war, eine Injektion von 0,6 Salvarsan gegeben und konnte zu seiner Freude eine vollständige Vernichtung der vorher fast in Reinkultur vorhandenen Mikrobien nach 3 Tagen konstatieren. Er hat daraufhin zur Behandlung der durch Spirochäten in der Mundhöhle bedingten Affektionen folgende Methode der lokalen Applikation des Salvarsans ausgearbeitet: das Mittel wird in einer 10%igen wässerigen oder Glyzerinlösung bzw. in einer Suspension in fetten Ölen (Ol. amygdal. dulc., Ol. Sesami, Ol. Olivarum oder Paraffinum liquidum) direkt auf die vorher mit warmer physiologischer Kochsalzlösung gereinigten Ulzerationen aufgetragen. Diese einfache Pinselung wird je nach der Schwere des Falles bis zu dreimal täglich ausgeführt. Bei einem eingehend geschilderten besonders schweren Fall von Stomatogingivitis gangraenosa idiopathica war nach 3 Tagen schon ein voller Erfolg zu verzeichnen. Es werden auf diese Weise nicht nur die Spirochäten, sondern auch andere Mikroorganismen wie der Bacillus fusiformis u. a. prompt vernichtet. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Salvarsantherapie vom militärischen Gesichtspunkte, von A. Simonyi-Budapest. (Honvédorvos, Beiblatt des Gyógyászat, 1911, Nr. 5 u. Militärarzt, 1911, Nr. 19.) Heutzutage könnte es sich nicht ereignen, daß das Schicksal eines Krieges von dem Auftreten einer Luesepidemie abhinge, wie zur Zeit Karls VIII. Das Krankenmaterial unserer Spitäler wird zu einem Dritteil von Geschlechtskranken gebildet. Die journalistische Behandlung des Salvarsans hatte eine in mehreren Formen sich äußernde Spezialkrankheit zur Folge, die Verfasser — sit venia verbo — Ehrlichpsychose nennt. Die Luetiker rannten zu den Spezialisten, zu den Inhabern der Probephiolen und zahlten, wieviel ihnen nur möglich war, für die erlösende Injektion. Eine andere Gruppe war die der Zweifler, die einmal an dem Leiden laborierten, aber es schon längst vergessen haben. Doch jetzt feierten die dunklen Punkte ihrer Vergangenheit ihre Auferstehung. Mit hypochondrischen Klagen stellten sich auch solche ein, die ihr gutes Glück vor manifesten Symptomen geschützt hat — „vielleicht doch"? Die Heilerfolge des Salvarsan waren dieselben, die die Fachliteratur seit $1^1/_2$ Jahren registriert hat. Staunenswert waren namentlich die Besserungen in malignen Fällen. Aber auch Rezidive blieben nicht aus, sie traten innerhalb 2—3 Monaten auf, selten später, einigemal rascher. Vom militärischen Standpunkte war ein schwer ins Gewicht fallender, unerwarteter Nachteil, daß Infiltrationen und Gewebsnekrosen aufgetreten sind, weshalb 18% auf 3 Monate beurlaubt werden mußten. Die Infiltrationen suspendieren die Dienstfähigkeit der Soldaten auf kürzere oder längere Zeit. Der Druck des Tornisters, des Karabiners wird unerträglich, die Infiltrationen am Gesäß sind wieder beim Marschieren lästig. Verf. hielt es für vorteilhaft die Phagozytose zu steigern; er präparierte mit isotonischen Lösungen des Natriumzitrats und der physiologischen Kochsalzlösung das Salvarsan, wärmte es bis zur Körperwärme und führte es mit einer Rekordspritze in den Organismus ein. Es war kaum ein lokaler Schmerz vorhanden und die Reaktionssymptome verliefen sehr mild, jedoch ein Teil des Materials dekapsulierte sich sehr oft. Eine Erhabenheit bildete sich nicht, Gewebsnekrose rief es kein einziges Mal hervor, aber große Depots konnten auch durch den Rock gefühlt werden. Störungen seitens der Blase, der Augen, des N. vestibularis, oder gar Todesfälle konnte Verf. bei 300 behandelten Fällen nicht konstatieren. Es ist wohl wahr, daß der größte Teil des Krankenmaterials ausgewählte, junge, 21—24 jährige Individuen waren, aber man ging doch zur intravenösen Injektion über. Das Weintraudsche Verfahren war am wenigsten kompliziert und am billigsten. Die Patienten blieben nachher 24 Stunden, gut zugedeckt, im Bette. Manchmal stellten sich Kopfschmerzen ein, die auf Pyramidon, Schüttelfröste,

Digitized by Google

die nach einem Gläschen Kognak, Brechreiz, der nach Limonade, 1—2 Stuhlentleerungen, die von selbst aufgehört haben. Die meisten Fälle zeigten keine Reaktion. Die Patienten urinieren nach der Injektion einige Tage wenig (600—800 ccm). Nach Verfassers Ansicht bilden sich in der Milz, im Mark, in der Leber kleine — miliare — Arsendepots, wie bei den Arsenophagen. Auf Ehrlichs Anraten begann Verf. nach den Injektionen (gewöhnlich am 5. Tage) mit der Inunktion oder mit Sublimatinjektionen. Später ließ er nach Bedarf Jod nehmen. Bei dieser kombinierten Behandlung besserte sich die Zahl und das spätere Auftreten der Rezidive um 4—6 Monate. Man beobachtete viele Fälle, die nach einem halben Jahre noch frei geblieben waren. Die Rückfälle waren auch nicht schwerer Natur. Man darf niemals die Arsenintoleranz außer acht lassen. Zum Glück kommt sie selten vor. In solchen Fällen können die Patienten durch Venenpunktion mit ausgiebiger Blutentnahme, mit Kampferinjektionen, Kochsalzinfusionen, warmen Bädern, Pilokarpin, viel Alkohol gerettet werden. Zur Ermöglichung einer pünktlichen Beobachtung wäre nach Verf. Ansicht gut, beim Militär für jeden Luetiker Evidenzblätter einzuführen. Bei Eintritt der Rekonvaleszenz wären sie zu der Truppe zu senden, wo der diensthabende Arzt seine Beobachtungen aufzuzeichnen und sie nach dem Ausfüllen der entsprechenden Rubriken an das Spital zurückzusenden hätte. So könnte jeder einzelne Luesfall 10—11—12 Jahre mit Aufmerksamkeit verfolgt werden. In den Evidenzblättern könnten folgende Rubriken sein: 1. Zeit der primären Infektion als Anamnese. 2. Kurze Beschreibung der Form der sekundären und tertiären Symptome. 3. Das bisherige Heilverfahren. 4. Zustand bei der Aufnahme. 5. Die jetzige Behandlung. 6. Datum und Art und Weise der Entlassung. 7. Beobachtungen des Truppenarztes.

Beim Militär ist die einzig mögliche Form der Salvarsanbehandlung das intravenöse Verfahren. Verf. stellt folgende Indikationen auf: 1. In Fällen, in denen das Individuum trotz jeder anderen Behandlung augenscheinlich zugrunde geht. 2. Wenn das Individuum Quecksilber oder Jod nicht verträgt. 3. Wenn das Individuum nach mehrmaliger Spitalsbehandlung oder zeitweilig nicht bei der Truppe weilt. Anhaltende Dienstfähigkeit kann eventuell nur erwartet werden, wenn der Betreffende auf eigenen Wunsch einer Salvarsanbehandlung teilhaftig wird. 4. In Fällen, in denen frische Syphilis vorhanden ist, aber die Patienten vermöge ihrer Intelligenz selbst die Salvarsankur fordern. In anderen Fällen ist nur Quecksilber- und Jodtherapie anzuwenden. Vor jeder Einmengung muß der Patient eine Erklärung abgeben, daß er freiwillig, ohne Überredung, zur Kur seine Zustimmung gibt. Infusionen dürfen nur in gut eingerichteten Spitälern von fachkundigen Ärzten vorgenommen werden. Porosz-Budapest.

Über die Salvarsantherapie bei Schwangeren und Wöchnerinnen, von E. Lange-Kiel. (Med. Klinik, 1911, Nr. 20.) Salvarsan wurde in der Gravidität ohne Schädigung und mit bestem Erfolg angewandt. Die geeignetste Methode ist die intravenöse Applikation. Die Behandlung soll möglichst früh in der Gravidität erfolgen, da dann die Prognose für die Gesundheit der Kinder sehr günstig ist. Durch die Behandlung der Mutter wurde auch die Lues der Kinder allein durch die Ernährung an der Mutterbrust günstig beeinflußt. Die Ernährung an der Mutterbrust ist für alle Kinder erforderlich, auch für die, welche frei von luetischen Erscheinungen sind. Das Colles'sche Gesetz hat sich Verf. als falsch erwiesen. Arthur Schucht-Danzig.

Kann das der stillenden Mutter injizierte Salvarsan die Syphilis des Säuglings beeinflussen? von E. Jeanselme. (Ann. de Gynécol. et d'Obstétr., Juli 1911.) Neben einer kritischen Übersicht über die bisher in der Literatur vorhandenen Fälle teilt Jeanselme vier selbst beobachtete mit.

1. Eine Frau bekommt im 6. Monat der Gravidität wegen zahlreichen, infiltrierten

Digitized by Google

Papeln, Haarausfall und intensiven Kopfschmerzen 6 Injektionen grauen Öls. Im 8. Monat Geburt eines schwächlichen, 2300 g wiegenden Kindes. Bei Aufnahme des Kindes in die Abteilung war dessen Aussehen kachektisch und es wies einige Papeln auf, außerdem Milzschwellung. Die Mutter bekam 0,4 Salvarsan intramuskulär. Es trat danach ein masernartiges Erythem und eine Fieberbewegung auf. Letztere ging bis 38,6°, dauerte 3 Tage und stimmte auffallenderweise mit der Fieberkurve des von der injizierten Mutter gestillten Kindes überein. Das Kind wurde aber in keiner Weise beeinflußt, die Eruption wurde etwas blasser, hingegen trat 19 Tage nach der Injektion der Mutter starke Koryza beim Kinde hinzu. Außerdem traten Schwellungen des Humerusendes und des Ellenbogengelenks auf. Daraufhin wurde das Kind einer Schmierkur unterzogen, welche alle Symptome bis auf die Milzschwellung zum Schwinden brachte.

2. Ein anderes neugeborenes Kind zeigte Koryza, eine Plaque der Zunge, vergrößerte Milz und Diarrhöe. Die Mutter bekam 0,4 g Salvarsan intravenös. Beim Kinde konnte daraufhin höchstens eine leichte Verminderung der Zungenplaque, aber kein Zurückgehen der übrigen Erscheinungen konstatiert werden. 5 Tage nach der Injektion war der Wassermann bei Mutter und Kind positiv. 8 Tage später erhielt die Mutter nochmals 0,5 Salvarsan intravenös. Der Erfolg bei der Mutter war eine Hebung des Allgemeinbefindens und eine Zunahme der Milchproduktion, das Kind hingegen wurde in keiner Weise beeinflußt und später einer Schmierkur unterzogen.

3. Eine Frau mit Roseola und breiten Kondylomen erhielt am 9. Tage nach ihrer Niederkunft 0,2 Salvarsan. 5 Wochen später waren nur noch geringfügige Papeln an der Zunge vorhanden. Das Kind war ziemlich gut genährt, zeigte aber ein papulöses Syphilid der Nates. Wassermann bei Mutter und Kind positiv. Die Mutter bekam dann nochmals 0,4 Salvarsan intravenös und 3 Wochen später nochmals 0,4, ohne daß das Kind gebessert wurde, im Gegenteil, die papulöse Eruption der Nates wurde noch größer. 8 Tage später erhielt die Mutter nochmals 0,5 Salvarsan intravenös. Diesmal ging das Syphilid etwas zurück, hingegen entstand eine neue Plaque auf der Zunge, desgleichen neue Papeln an den Nates. Daraufhin wurde zur Schmierkur übergegangen.

4. Ein Kind einer vor 3 Jahren infizierten Mutter zeigt 4 Wochen nach der Geburt Roseola, breite Kondylome am Anus, Nabel und der Unterlippe, ferner Koryza. Die Mutter bekommt 0,35 Salvarsan I D intravenös ohne Fiebererscheinung, hingegen geht die Temperatur des Kindes auf 38°. Das Exanthem wird beim Kind schon 2 Tage nach der Injektion blasser, die Kondylome scheinen zu trocknen, aber der Nasenausfluß bleibt bestehen. 8 Tage später erhält die Mutter 0,52 Salvarsan intramuskulär, ohne nachherige Temperaturerhöhung. Beim Kind tritt auch diesmal eine Fieberbewegung auf, die 3 Tage anhält und bis 38,4 ansteigt. Alle Symptome verschwinden fast völlig, bis auf die Plaque der Unterlippe, welche sich eitrig belegt und durch Abklatsch auf der Oberlippe eine neue erzeugt. Außerdem entsteht ein erosives Syphilid am Naseneingang und die Koryza besteht weiter. Auch die Milz ist jetzt vergrößert. In den nächsten 8 Tagen entstehen ferner Papeln im Gesicht, die sich zuletzt über den ganzen Körper ausbreiten. Erst auf eine jetzt eingeleitete Schmierkur konnten alle Symptome zum Schwinden gebracht werden.

Jeanselme schließt aus seinen Beobachtungen, daß durch Salvarsanbehandlung der Mutter beim Säugling nur oberflächliche luetische Symptome zum Schwinden gebracht werden können, daß aber auch diese bald rezidivieren und daß viszerable Läsionen überhaupt nicht beeinflußt werden. Gunsett-Straßburg.

Ist das Auftreten von spezifisch luetischen Erscheinungen beim Säugling nach Stillen mit Salvarsanmilch als Endotoxinwirkung aufzufassen? von G. Stümpke-Hannover. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 38.) Diese Frage wird vom

Digitized by Google

Verfasser im Gegensatz zu der Auffassung Jesioneks verneint. Die Tatsache, daß schon vorher vorhandene spezifische Erscheinungen bei Säuglingen nach Stillen mit „Salvarsanmilch" abheilen und daß auch die im Titel genannten Erscheinungen auffallend schnell wieder zurückgehen, spricht für eine sensibilisierende Wirkung geringer Salvarsanmengen, analog den Vorgängen bei der provokatorischen Quecksilberinjektion.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Behandlung der Syphilis bei Säuglingen durch Salvarsaninjektion der stillenden Person (Mutter oder Amme) von Serrano und Alvazez Sainz de Aja. (Rev. clin. Madrid, 1911, Nr. 11.) Die Verfasser teilen folgende beiden eigenen Fälle mit, die sich den von Taege, Duhot, Dobrowitz und Scholz publizierten anschließen: Eine 42jährige Frau bekommt 10 Jahre nach der Infektion ein zu früh (8 Monate) geborenes Kind, welches 4 Monate nach der Geburt bei schlechtem Allgemeinzustand Koryza, Papeln der Lippen und Interglutäalfalten und einen papuloerythematösen Ausschlag zeigte. Die Mutter hat außer intensiven Knochenschmerzen keine Symptome, welche nach intravenöser Injektion von 0,4 Salvarsan verschwanden. Das Kind, das nur Muttermilch, aber sonst keine Medikation bekam, besserte sich schnell und heilte nach einer zweiten Injektion der Mutter vollständig. Der zweite mitgeteilte Fall war diesem vollständig analog. Gunsett-Straßburg.

Tatsachen und Täuschungen bei der Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Joseph L. Boehm-St. Louis. (New York med. Journ., 2. Dez. 1911.) Salvarsan ist ein chemisches Mittel, von dem wir pharmakologisch sehr wenig wissen. Es ruft sehr rasche Heilung in den meisten Fällen von primärer und sekundärer Lues hervor. Es ist ein sehr wichtiges Hilfsmittel bei der Syphilisbehandlung, ohne aber Quecksilber und Jod verdrängt zu haben, und sollte in Verbindung mit letzteren in allen Fällen von Syphilis angewandt werden. Nur die intravenöse Methode sollte in Betracht kommen, während B. die intramuskuläre und subkutane völlig verwirft, da es eine Barbarei sei, in einen Muskel eine ätzende Substanz, wie Salvarsan, welche zerstörend auf das Muskelgewebe wirke, zu injizieren. Chronischer Alkoholismus, Parese und alle Gehirn-, Rückenmarksaffektionen bilden ausgesprochene Gegenanzeigen der intravenösen sowohl wie intramuskulären und subkutanen Salvarsaninjektionen. Die Salvarsanlösung sollte unmittelbar am Krankenbett bereitet werden und zwar vom Arzte selbst; wer bei der Einfachheit dieser Zubereitung nicht selbst dazu imstande ist, sollte auch keine Einspritzung machen. Eine einzige Salvarsandosis genügt nicht zur Heilung, was jedem Patient auseinanderzusetzen ist. Die entgültige Probe auf den prophylaktischen Wert des Salvarsans besteht darin, daß der Abkömmling eines mit Salvarsan behandelten luetischen Patienten keine Erscheinungen von hereditärer Syphilis zeigt. Allzu brillante Erfolge dürfen wir nicht vom Salvarsan erwarten, da jeder Fall seine individuelle Behandlung erheischt. Ehekandidaten mit positiver Wassermannscher Reaktion sollten keineswegs versichert werden, daß eine vor der Ehe applizierte Salvarsandosis alle Spuren der früheren Krankheit beseitigen wird. Andererseits sollte auch Salvarsan nicht unterschiedslos Individuen, die früher einmal Syphilis durchgemacht haben und negative Reaktion und keine Erscheinungen zeigen, gegeben werden, ebenso wie Verfasser schließlich gegen die Ärzte polemisiert, welche eine diagnostische Syphilomanie haben und überall Syphilis wittern, wiewohl die amerikanische Statistik lehrt, daß etwa 18 % der Bevölkerung mit Syphilis behaftet ist.

Stern-München.

Beitrag zur Indikation und Wirkung kleinster Salvarsandosen, von L. Waelsch-Prag. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 47.) Ein 28jähriger, im Jahre 1907 infizierter Kaufmann, der trotz Hg und Jod ernste spätluetische Erscheinungen, Gumma-

Digitized by Google

bildung am Nasenflügel, Perforation des Septums, Gehörstörungen und außerdem eine Aorteninsuffizienz darbot, erhielt in 14 Tagen 4 Dosen von 0,05 Salvarsan in neutraler Suspension intramuskulär. Der sehr kachektische Patient mit einem Körpergewicht von 46 kg besserte sich prompt danach, und die auf dem einen Ohr zuerst bestehende vollkommene Taubheit, machte einem Hörvermögen für Flüsterstimme auf $2^1/_2$ Meter Entfernung Platz. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Frage der Abortivbehandlung der Lues mit Salvarsan, von K. Stern-Heidelberg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 7.) Daß die Salvarsanbehandlung sehr wohl imstande ist, bei geeigneter Anwendung abortiv auf die frische syphilitische Infektion einzuwirken, zeigt Verfasser durch den vorliegenden Bericht über 14 im ersten Krankheitsstadium behandelte Fälle. Die Beobachtungsdauer erstreckte sich auf einen Zeitraum von mindestens 3 und bis zu 14 Monaten. In den meisten Fällen blieb die Wassermannsche Reaktion immer negativ, und Sekundärerscheinungen waren nur bei einem der Kranken zu verzeichnen. Die Injektionen waren teils intravenös (achtmal) teils intramuskulär (zweimal) und teils in beiden Formen (viermal) gegeben worden. Die jedesmalige Dosis betrug 0,4—0,6. Diese Mitteilung soll nicht als ein definitiver Beweis der abortiven Wirksamkeit des Salvarsans gelten, sondern nur zur weiteren Prüfung der Frage anregen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur ambulanten Behandlung der Syphilis mit kleinen Salvarsandosen, von E. Simon-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 39.) Es wird die mehrfache intramuskuläre Injektion kleiner Salvarsandosen empfohlen, welche symptomatisch günstig wirken. Arthur Schucht-Danzig.

Einzelne interessante, mit Salvarsan behandelte Luesfälle. Wie sollen wir die Syphilis jetzt behandeln? von Maximilian v. Zeissl-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1911, Nr. 27.) Bericht von gut beeinflußten Fällen von Nervensyphilis. Je näher der Infektionszeit die Anwendung des Salvarsans fällt, um so größer ist die Möglichkeit einer Sterilisatio magna. Für die Privatpraxis gibt v. Z. den monaziden Lösungen, intramuskulär angewendet, den Vorzug vor der intravenösen Injektion, da letztere nur bei Krankenhausaufenthalt und konstanter Überwachung zulässig erscheint.

Schourp-Danzig.

Zur Salvarsantherapie, von F. Poór-Budapest. (Gyógyászat, 1911, Nr. 46.) Poór versuchte die Ölinjektion (0,40—0,60 Salvarsan in sterilem Sesamöl zu suspensieren). Die Menge der Flüssigkeit war ungefähr 7—10 ccm. Je weniger die injizierte Lösung ist, um so weniger hat man Nekrosen zu befürchten und desto vollkommener ist die Absorption des Heilmittels. Er machte die Injektionen mit einer Glasspritze und Platinnadel, die Lösung in das obere äußere Drittel der beiderseitigen Glutäen verteilt. Der Schmerz begann 1—$1^1/_2$ Stunden später und war nicht intensiv. Die Patienten, die schon früher Quecksilberinjektionen bekommen haben, behaupten, die vom Salvarsan verursachten Schmerzen seien nicht größer. Aber auch diesen Schmerz verminderte der abwechselnd 2 Tage lang zweistündlich angewendete Eisbeutel. 24 bis 48 Stunden später stellte sich in einzelnen Fällen niedriges (38—38,5°) Fieber ein, mit Übelkeit, doch selten mit Erbrechen. In 3—5 Wochen wird die Geschwulst in dem überwiegenden Teil der Fälle absorbiert, ohne daß eine Spur zurückbleibt. In 100 Fällen wendete er dieses Verfahren an, ohne daß Eiterung oder Nekrose aufgetreten wäre. Zu intravenösen Injektionen löste er 0,10—0,40 Salvarsan in etwa 200 ccm frisch destilliertem Wasser von Körpertemperatur auf und schüttelte es mit Glasperlen zusammen. Bei seinen Fällen (der überwiegende Teil bekam 0,30 g Salvarsan) stieg die Temperatur in 3—4% über 38° C, zumeist schwankte sie zwischen 37,6—38,5°. Übelkeit, Frösteln, Schüttelfrost, Erbrechen, auf der Haut Herxheimersches Symptom

Digitized by Google

wurde in mehreren Fällen in den ersten 24 Stunden beobachtet. Dies sind Symptome des Arsenismus. Verfasser hatte auch Gelegenheit Herpes zoster wie bei anderen Anwendungen des Arsens oft zu beobachten. Die intravenöse Therapie ertrugen die Patienten leidlich gut. Zuerst führte er 0,10—0.20 g Salvarsan in den Organismus ein und wiederholte das Verfahren eventuell nach einigen Tagen. Der Einverleibung des Salvarsans folgt manchmal eine raschere Absorption als bei den intramuskulären Injektionen der unlöslichen Quecksilbersalze. Auffallend ist das rasche Verschwinden der sekundären Hautsyphilide, während die Schleimhautläsionen dem Mittel hartnäckigeren Widerstand leisten. Bei tertiären Fällen tritt ebenfalls eine rasche Besserung ein. Dieser raschen Wirkung gegenüber wurde die Wassermannreaktion nur in Ausnahmefällen negativ. Nach der intravenösen Infusion des Salvarsans fing die Rückbildung der Syphilide an, aber der Heilungsprozeß hielt plötzlich inne. Eine vollkommene Absorption erfolgte entweder nach Wiederholung der Infusion oder nach einer Quecksilbertherapie. Rezidive sind sehr häufig, deshalb wendete er nach Salvarsan eine Quecksilberkur an, weil Salvarsan allein die Lues zu heilen nicht imstande ist. Nach intravenöser (30—40 g) oder mehrfach wiederholten Infusionen (0,20 g) wurde in vielen Fällen die Wassermannreaktion nur ausnahmsweise negativ und die Rezidive traten oft auffallend rasch ein. Er findet das gefährlichere intravenöse Verfahren nicht begründet. Weder die intravenöse, noch die intramuskuläre Anwendung des Salvarsans ist, obgleich es die meisten Symptome der Syphilis zum Verschwinden bringt, die Syphilis entgültig zu heilen ebensowenig imstande, wie man bisher noch kein Quecksilberpräparat kennt, das sozusagen auf einen Schlag Lues heilen kann. Porosz-Budapest.

Zur Frage der Behandlung der Syphilis des Gehirns mit Salvarsan, von Moltschanow. (Ztschr. f. Neuropathol. u. Psychiat., 1910, Heft 5 u. 6.) M. sieht das Arsenobenzol in folgenden Fällen von Syphilis des Nervensystems für indiziert an: 1. In den Fällen von Hirnsyphilis, wo die Behandlung mit Hg und Jod kein sichtbares und schnelles Resultat ergibt. 2. In denjenigen Fällen, wo die Behandlung mit Hg oder Jod überhaupt nicht angewandt oder nicht fortgesetzt werden kann, wie z. B. bei Vorhandensein von Tuberkulose, allg. großer Schwäche, Kachexie usw. 3. Bei bestehender, deutlich ausgesprochener Idiosynkrasie gegenüber dem Hg und endlich 4. in allen Fällen von Hirnsyphilis, wo sich sehr schnell Erscheinungen entwickeln, die auf sekundäre Degenerationen zurückzuführen sind und wo die gewöhnliche Hg-Therapie zu langsam auf den spezifischen Prozeß einwirkt und demnach die Entwicklung sehr schwerer Komplikationen, der Kontrakturen, nicht zu verhüten imstande ist.

Arth. Jordan-Moskau.

Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von E. Hoffmann-Bonn. (Med. Klinik, 1910, Nr. 33.) Die Entdeckung des Präparates bedeutet einen großen Fortschritt in der Syphilistherapie. Dieses führt Verfasser eingehend an der Hand von Fällen, welche besprochen werden, aus. Arthur Schucht-Danzig.

Salvarsanbehandlung der Syphilis, von Louis Camous-Nizza. (Gaz. des hôp., 1911, Nr. 6.) Kurze Empfehlung der intravenösen Methode. Gunsett-Straßburg.

Die Salvarsanbehandlung der Syphilis und ihre Dauererfolge, von W. Scholtz-Königsberg i. Pr. (Ztschr. f. ärzt. Fortb., 1911, Nr. 9.) Verfasser empfiehlt die Kombination der intravenösen Salvarsanbehandlung mit Quecksilberbehandlung.

Arthur Schucht-Danzig.

Salvarsan bei Syphilis, von Edgar G. Ballenger-Atlanta. (Journ. Record of Med., März 1911.) Referierende Arbeit mit einzelnen eigenen Erfahrungen, ohne besonders Neues zu bringen. Eine Anzahl (recht mäßiger) Abbildungen.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Beobachtungen über die Wirkung des Salvarsans bei Syphilis, von Mrozgowius. (Russki Wratsch, 1911, Nr. 27 und 29.) M. hat das Salvarsan bei 65 Personen, anfangs intramuskulär, resp. subkutan, später intravenös angewandt. Unangenehme Zufälle sah er, abgesehen von einmaliger Störung des N. acusticus, 10 Tage nach einer Salvarsaninjektion, nicht. Die sekundären Erscheinungen, wie die schweren syphilitischen Kopfschmerzen schwanden prompt und die Kranken wurden verhältnismäßig schnell arbeitsfähig und ungefährlich für die Umgebung. Arthur Jordan-Moskau.

Zur Syphilisbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Salvarsantherapie in Verbindung mit den bisherigen therapeutischen Methoden, von Michelet-Bad Nenndorf. (Ztschr. f. ärzt. Fortb., 1911, Nr. 17.) Verfasser empfiehlt intravenöse Salvarsanbehandlung kombiniert mit Schmierkur und Schwefelbädern. Er glaubt, daß den Schwefelbädern dieselbe Rolle bei der Arsenbehandlung zufällt wie bei jener mit Quecksilber. Arthur Schucht-Danzig.

Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von G. Stopford-Taylor und R. W. Mac Kenna-Liverpool. (Lancet, 27. Mai 1911.) Für deutsche Leser enthält dieser Bericht, der sich auf nur 28 Fälle bezieht (25 Männer, 3 Frauen), kaum etwas Neues. Verf. bestätigen die große Wirksamkeit des Salvarsans, wie das schon in noch viel beweiskräftigerer Weise anderweitig geschehen ist, und sie betonen die Vorzüge der endovenösen Methode der Applikation. Philippi-Bad Salzschlirf.

Salvarsan, von M. Wardle-Bishop Auckland. (Brit. med. Journ., 10. Juni 1911.) Verf. berichtet kurz über auffallend günstige Wirkungen von Salvarsan bei intramuskulärer Injektion: Eine 26jährige Frau, im 8. Monat schwanger, bot ausgedehnte und schwere syphilitische Läsionen objektiver und subjektiver Art dar. Nach einer einmaligen Injektion trat prompte Besserung ein, und das rechtzeitig geborene Kind, das bei der Geburt am Gesicht, den Händen und Füßen eine trockene, runzelige Beschaffenheit der Haut aufwies, sonst aber gesund erschien, machte nach 8 Tagen einen absolut normalen Eindruck. Die zweite Patientin litt an schweren Störungen am Kehlkopf und Rachen. Nach 4 Tagen war sie wieder imstande zu sprechen und zu schlucken, und nach weiteren 3 Wochen befand sie sich ganz wiederhergestellt. — Es ist dies wohl der erste Bericht über Anwendung von Salvarsan in Neu-Seeland.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Wert des Salvarsans in der Syphilistherapie, von A. Fleming und L. Colebrook-London. (Lancet, 17. Juni 1911.) Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf 46 Fälle, welche teils intramuskulär, teils intravenös, teils erst nach der einen und dann nach der anderen Methode injiziert wurden. Für die endovenöse Injektion bedienten sich Verf. eines einfachen Apparates, der im wesentlichen folgendermaßen zusammengesetzt ist: an den die Injektionskanüle tragenden Schlauch wird mit einem Dreiwegehahn an einem Ende eine größere Rekordspritze angeschlossen, während der dritte Arm (wiederum mit einem Dreiwegehahn versehen) mit den die Kochsalzlösung und die Salvarsanmischung enthaltenden zwei Gefäßen in Verbindung steht. Diese Gefäße sind größere Erlenmeyersche Kolben, welche einen sterilisierbaren Doppeldeckel mit exzentrischer Durchbohrung zur Verhütung von zufälligen Beimischungen tragen. Man kann nach der Abbildung und der gegebenen Schilderung sehr wohl annehmen, daß diese Modifikation auch ein exaktes Arbeiten gestattet. Besondere Aufmerksamkeit wurde in allen Fällen auch dem Verhalten der Wassermannschen Reaktion gewidmet; dieselbe lieferte (wie sonst) vielfach widersprechende Ergebnisse. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Salvarsanbehandlung der Syphilis, von Viktor Mucha-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 27 u. 28.) Der sehr ausführliche und außerordentlich lesenswerte Artikel gibt die Resultate der Salvarsanbehandlung an Fingers Klinik, woselbst

Digitized by Google

schon weit über 500 Syphilitische damit behandelt worden sind; unter anderem wurden nicht weniger als 600 intravenöse Injektionen vorgenommen, deren Technik und Resultate genau mitgeteilt werden. Die intravenöse Methode stellt für den Patienten zweifellos jene Injektionsform dar, nach der die am wenigsten unangenehmen Nebenerscheinungen auftreten und Schädigungen, die auf den Eingriff selbst zurückzuführen wären, bei richtiger Handhabung der Technik nur äußerst selten vorkommen. Allerdings bleibt ihre symptomatische Wirkung an Raschheit gegenüber den intramuskulären Injektionen zurück. Besonders lesenswert für Salvarsan-Enthusiasten sind die zahlreich mitgeteilten Krankengeschichten, in denen vorübergehende oder bleibende Schädigungen mit dem Salvarsan in Zusammenhang gebracht werden mußten.

Nach den gemachten Erfahrungen zeigt das Salvarsan, was die Energie der Wirkung anlangt, dem Quecksilber und Jod gegenüber keine Überlegenheit, wenngleich die prompte symptomatische Wirkung rascher als mit den bisherigen Mitteln ist. „Die Wirkung, gegenüber dem Syphilisprozesse als solchem, läßt sich am besten bei den Versuchen abortiver Behandlung ermessen, und es ist interessant und wichtig festzustellen, daß hier Salvarsan und Quecksilber wie eine Vergleichung unserer jetzigen und früheren Erfolge ergibt, das gleiche Resultat hatten. Dabei ist allerdings in Betracht zu ziehen, daß bei Salvarsan diese Resultate durch einmalige Injektion erzielt wurden, während im anderen Falle eine mehrjährige chronisch-intermittierende Behandlung notwendig war. Die Frage, ob dieser Vorteil mit den Gefahren, denen der Patient bei der Salvarsanbehandlung ausgesetzt wird, in Einklang wird gebracht werden können, wird wohl erst nach jahrelanger Beobachtung beantwortet werden können. Immerhin scheint es, daß gerade bei frühbehandelten Fällen des primären Stadiums sogenannte Neurorezidive seltener auftreten, als bei Fällen des sekundären Stadiums. Die Häufung der Neurorezidive gerade im frühen sekundären Stadium, die ungenügende Wirkung der Salvarsanbehandlung auf den Verlauf desselben dürfte wohl gerade dieses Stadium, bis auf die Ausnahmefälle der Lues maligna, für die Salvarsanbehandlung ungeeignet erscheinen lassen. W. Lehmann-Stettin.

Salvarsan bei Syphilis, eine kritische Betrachtung von C. F. Marshall-London. (New York med. Journ., 15. Juli 1911.) M. übt eine scharfe Kritik an den bisher veröffentlichten Resultaten der Salvarsanbehandlung und erklärt zum Schlusse, daß selbst, wenn die Salvarsaneinverleibung frei von Gefahren und Unannehmlichkeiten wäre, es nur wenige Indikationen für dessen Anwendung in der Syphilistherapie gebe; aber die Gefahren und Nebenerscheinungen scheinen jeden Vorteil, welchen möglicherweise das Mittel bieten könnte, aufzuwiegen. Stern-München.

Die Beständigkeit der Salvarsanheilung der Syphilis, von J. Mc Intosh und P. Fildes-London. (Lancet, 22. Juli 1911.) Verf. bringen einige Tabellen von genau durchgeführten Beobachtungen über die Heilwirkung des Salvarsans bei Syphilis, namentlich mit Berücksichtigung des Verhaltens der Seroreaktion. Die Beobachtungsdauer umfaßte 3 Monate bis 1 Jahr. Die ersten 3 Tabellen beziehen sich auf Fälle, welche mit intramuskulären und subkutanen Injektionen behandelt wurden und dem primären (4), dem sekundären (15) resp. dem tertiären Stadium (11) angehörten. Die übrigen 2 Tabellen beziehen sich auf Patienten im sekundären (15) resp. tertiären Stadium (6), die intravenös behandelt wurden. Wenn die Beobachtungsreihe auch nur klein ist, so fühlen sich Verf. namentlich nach dem Verhalten der Seroreaktion (Negativwerden bei sämtlichen 15 intravenös behandelten Sekundärsyphilitischen) berechtigt, die endovenöse Behandlung mit Salvarsan als das vorzüglichste Verfahren zu empfehlen, während die anderen Arten der Darreichung verhältnismäßig unratsam seien.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Weitere Versuche mit Salvarsan bei Syphilis, von Hermann Goldenberg und David J. Kaliski-New York. (New York med. Journ., 12. Aug. 1911.) Verf. kommen nach übersichtlicher Besprechung der Anwendungsart, den Komplikationen, der beobachteten Rückfälle zu dem Schlusse, daß Salvarsan ein weites Anwendungsgebiet hat und gegen alle Formen aktiver Lues wirksam ist. Der Allgemeinzustand des Patienten wird offensichtlich gebessert, die Kachexie, die Knochen-, Hals- u. a. Schmerzen verschwinden merkwürdig schnell. Salvarsan ist speziell indiziert in allen Fällen primärer und sekundärer Syphilis, um die Spirochäten rasch zum Verschwinden zu bringen und die Ansteckungsgefahr dadurch zu vermindern, in Fällen, die gegen Quecksilber refraktär sind und in solchen von Quecksilbernephritis. Kontraindiziert ist Salvarsan bei organischer Nephritis, Diabetes, Magengeschwür, jeder Art organischen Herzleidens, Aneurysmen, Gehirnblutung, ausgesprochener Arteriosklerose, chronischem Alkoholismus und besonders bei hohem Alter. Quecksilber sowohl wie Salvarsan sind jedes ein mächtiges Mittel bei der Bekämpfung der Syphilis: zuerst eine oder zwei Salvarsaninjektionen (intravenöse), dann eine intensive Quecksilberkur, vorzugsweise in Form der Injektionen und schließlich, wenn nötig, noch eine Salvarsaninjektion, so lautet die Devise der Verfasser.

Stern-München.

Beobachtungen über die Wirkung des Salvarsans bei Syphilis, von W. Schiele. (Petersb. med. Wochenschr., 1911, Nr. 33.) Bericht über gute Erfolge mit Salvarsan. Die Austilgung der Syphilis mit einer Injektion ist nicht möglich, daher sind diese in gewissen Zeitabständen zu wiederholen oder mit Hg-Kuren zu kombinieren. Die intravenöse Injektion ist den anderen Methoden verzuziehen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

Bemerkung zu der Arbeit von J. Brault, **Einige interessante Lokalisationen von Pilzerkrankungen** (S. 613).

Den einleitenden Worten „Die Trichophytie der Schleimhäute ist bis jetzt noch nicht sicher festgestellt worden" möchte ich folgenden Satz aus meinem Lehrbuche der Hautkrankheiten (Jena 1902), S. 151, gegenüberstellen: „Wohl einzig dastehend ist die von mir gemachte Beobachtung des **Herpes tonsurans auf Schleimhäuten,** so am Gaumen und an der Zunge. Ich beobachtete bei einer seit vielen Jahren mit chronischem Herpes tonsurans beider Hände und sämtlicher Fingernägel behafteten Kranken oberflächliche Erosionen und bläulichweiße Epithelverdickungen am harten Gaumen nebst dichtgedrängten hanfkorngroßen Knoten am Zungenrücken, welche in reichlicher Menge charakteristische Myzelfäden nachweisen ließen."

Den betreffenden Krankheitsfall habe ich übrigens am 26. September 1905 in der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Meran demonstriert (Verhandlungsbericht, 2. Teil, 2. Hälfte, S. 346; Leipzig 1906, F. C. W. Vogel.)

J. H. Rille-Leipzig.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

1. Juni 1912 | Nr. 22 | Band 54

Aus Prof. Unnas Dermatologikum, Hamburg.

Zwei Fälle von Lepra mit tuberkuloiden Gewebsveränderungen. Leprabazillennachweis in denselben mittels des Antiforminverfahrens.

Von

Dr. Louis E. Merian, Assistent der Klinik und Poliklinik.

(Mit 2 Abbildungen im Text und 1 Tafel.)

Im Jahre 1897 haben sich die Leprologen auf dem internationalen Leprakongreß in Berlin mit der Frage beschäftigt, ob man auch dann berechtigt, sei die Diagnose Lepra zu stellen, wenn es mittels der bekannten histologischen Färbemethoden nicht gelingt, Leprabazillen im Gewebe nachzuweisen. Kaposi stellte 3 Fälle von Lepra vor, der erste derselben betraf ein Mädchen, das an der tuberösen Form der Krankheit litt, Lues oder sonstige Erkrankungen waren auszuschließen. Es bestanden keine Anästhesien; die wiederholt vorgenommene Untersuchung auf Leprabazillen ergab ein negatives Resultat. Der zweite Fall war ein Galizier, welcher sich lange Jahre in Indien aufgehalten hatte. Über der rechten Augenbraue machte sich eine walnußgroße anästhetische Geschwulst bemerkbar. Leprabazillen ließen sich keine in einem exzidierten Hautstück aus dieser Geschwulst nachweisen. Der dritte Fall war ein Herr aus Saloniki, welcher kirschkerngroße Knoten im Gesicht und auf den Armen aufwies. Während 8 Monaten waren diese Knoten auf den Armen und im Gesicht die einzigen Symptome der zurzeit bestehenden Lepra, Anästhesien auf den Flecken und in der Umgebung derselben machten sich nach einigen Wochen geltend. Zur Sicherstellung der klinischen Diagnose wurden sowohl aus den Knoten auf der Stirne wie auch von denjenigen der Arme Hautstücke exzidiert. Die von zwei Forschern getrennt angestellten Untersuchungen auf Leprabazillen ergaben ein vollkommenes Fehlen von Bazillen. Zum Schlusse seines Vortrages sagt Kaposi: „Es ist tatsächlich festgestellt, daß es lepröse Knötchenformen gibt, die mindestens zu einer gewissen Periode der Erkrankung keine Leprabazillen im Knotengewebe selbst nachweisen lassen“[1]). Hansen hingegen

[1]) Kaposi, Mitteilungen und Verhandlungen der internationalen wissenschaftlichen Lepra-Konferenz zu Berlin. Okt. 1897, Bd. 2.

Digitized by Google

berichtet über einen Fall, den er vom klinischen Standpunkt aus als eine Lepra tuberosa ansehen mußte; er untersuchte einige Knoten im Intervall von 6 Wochen, konnte aber keine Bazillen nachweisen und hält den Patienten, da ihm der Bazillennachweis nicht gelang, nicht für leprös. Petrini de Galatz gelang bei einem schon seit 10 Jahren diagnostizierten Falle von Lepra tuberosa der Bazillennachweis nicht, während er bei 32 analogen Fällen immer einen positiven Bazillenbefund zu verzeichnen hatte. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt er zu folgendem Schluß: „daß zur Diagnose Lepra der Bazillus gehört, daß es aber auch Fälle von Lepra gibt, wo der Prozeß zu einer Zeit stillsteht und wo der Bazillennachweis nicht gelingt; in diesen Fällen ist man aus den klinischen Symptomen allein berechtigt, die Diagnose Lepra zu stellen". Doutrelepont macht darauf aufmerksam, daß man bei tuberöser Lepra oft erst nach langem Suchen Bazillen findet. Unna weist darauf hin, daß der Bazillennachweis bei seinen Fällen von tuberöser Lepra, welche er oft 6—7 Jahre unter Beobachtung hatte, immer gelang. „Überraschend ist allerdings," sagt Unna, „daß in manchen Präparaten keine gefunden werden, während sie von einem andern Arbeiter in demselben Laboratorium oder bei Nachuntersuchungen massenhaft gefunden werden." Unna schlägt deshalb vor, alle in Betracht kommenden Schälchen, Farblösungen, Alkohol und Öl genau zu inspizieren, und gibt eine Methode an, deren er sich mit Vorteil dann bedient, wenn es darauf ankommt, schnell und sicher Bazillen nachzuweisen. Daß solche Laboratoriumszufälle eine gewisse nicht zu unterschätzende Rolle spielen, geht aus den Angaben von Arning hervor: „Ich erinnere z. B. an die Präparate, die Neisser von seiner spanischen Leprareise zurückbrachte. Wir haben nachher in Breslau versucht, wieder zu färben, und konnten keine Leprabazillen darin finden." Ein anderer Untersucher, der ebenfalls ein Stück zur histologischen Untersuchung erhalten hatte, fand in seinen Präparaten eine große Zahl von Bazillen. Der Fehler wurde damals darin entdeckt, daß die ersten Untersucher es versäumt hatten, frischen Alkohol auf die Stücke aufzugießen, während der zweite den alten Alkohol abgoß und durch neuen ersetzte.

Nichtsdestoweniger mehrten sich im Laufe der Jahre die Stimmen der Beobachter, welchen bei klinisch einwandsfrei Leprösen der histologische Nachweis in exzidierten Hautstücken zum Teil sehr schwer, zum Teil überhaupt nicht gelingen wollte. Auf dem 6. Dermatologenkongreß in Bern zeigte Jadassohn die histologischen Präparate eines Patienten, welcher lange Jahre in Algier gelebt hat und sich voraussichtlich auch dort infizierte. Die zahlreichen Anästhesien und die Verdickung des Ulnaris veranlaßten den Autor, die Diagnose Lepra auszusprechen, obschon der übrige klinische Befund und das vollkommene Fehlen von Leprabazillen

Digitized by Google

dagegen sprachen. Ich möchte später noch einmal auf die so lehrreiche und interessante Arbeit von Jadassohn, besonders auf die histologischen Einzelheiten und auf den dennoch geglückten Leprabazillennachweis noch eingehender zu sprechen kommen.

Brutzer[1]), gestützt auf die drei von Kaposi veröffentlichten Fälle, veröffentlichte eine Arbeit über einen Patienten, welcher an der tuberösen Form der Krankheit litt, und wo dem Autor weder in Ausstrichpräparaten, noch in mikroskopischen Schnitten der Nachweis von Leprabazillen gelingen wollte. Nachdem die Krankheit zwei Jahre bestanden hatte und die meisten Knoten resorbiert und an deren Stelle nur noch braunpigmentierte Flecke zurückgeblieben waren, nahmen die seit dem Beginn der Erkrankung schon bestehenden Anästhesien und Nervenveränderungen an Stärke und Ausdehnung zu. Kurze Zeit darauf bildeten sich an den Streckseiten der Arme unter Braunfärbung der Haut erythematöse Flecke. Exzidierte Hautstücke aus diesen Stellen ließen zahlreiche Leprabazillen erkennen.

Gestützt auf die Angaben von Much, welcher sowohl klinisch als auch experimentell nachgewiesen hat, daß es eine Form von Tuberkelbazillen gibt, die sogenannte „granuläre Form des Tuberkelbazillus", welche sich nicht mit der Ziehlschen, wohl aber mit der Gramschen Methode nachweisen läßt, haben Arning und Lewandowski in dieser Richtung hin bei Lepra Untersuchungen angestellt[2]). Sie benutzten diese Färbung besonders bei solchen Fällen, wo der Bazillennachweis mit den übrigen Methoden nicht oder nur unvollkommen gelang. So gelang ihnen der Nachweis einiger Leprabazillen an einem alten umgefärbten Schnitt, in dem sich mit den früheren Methoden keine Bazillen hatten nachweisen lassen. In einem andern Fall, bei welchem früher nur ganz vereinzelte Bazillen sich nachweisen ließen, gelang ihnen auf diese Weise der Nachweis einer viel größeren Anzahl von Lepraorganismen. Besonderes Interesse verdient die Umfärbung der Präparates, welches von dem zweiten Fall Jadassohn stammt, über welches Tièche am 9. Deutschen Dermatologenkongreß in Bern berichtet hat. „Mit Hilfe der 48 stündigen Gramfärbung gelang es uns," sagten die beiden Autoren, „vereinzelt charakteristisch geformte Bazillen innerhalb der tuberkuloiden Infiltrate zu entdecken."

---

[1]) Über einen Fall von Lepra tuberosa ohne Befund von Leprabazillen und über das Vorkommen von Riesenzellen in leprösen Hautinfiltraten. Derm. Ztschr., 1899. Bd. 6.

[2]) Arning, Ed. und Lewandowski, F. Über den Nachweis nach Ziehl nicht färbbarer Leprabazillen durch Anwendung der prolongierten Gramfärbung nach Much Dtsch. med. Wochenschr., 1909, Nr. 28. Arning, Demonstration von tuberkuloiden Gewebsveränderungen bei Lepra und Nachweis ihrer Beziehungen zum Leprabazillus durch prolongierte Gramfärbung. 2. Internationale Leprakonferenz. August 1909, Bd. 3.

Digitized by Google

Ich möchte an dieser Stelle, bevor ich zur Besprechung meiner beiden eigenen Fälle übergehe, welche ich der Güte meines Chefs, Herrn Prof. UNNA, verdanke, auf die feinere Struktur und auf die Kokkothrixform des Leprabazillus zu sprechen kommen. Ohne die Verdienste MUCHS schmälern zu wollen, möchte ich darauf hinweisen, daß das Verdienst, als erster beim Leprabazillus eine granuläre Form, die sogenannte „Kokkothrixform des Leprabazillus", nachgewiesen zu haben, LUTZ (in UNNAS Laboratorium) gebührt[1]). LUTZ erwähnt in seiner Arbeit, daß bereits vor dem Beginn seiner Leprastudien Prof. SCHRÖN in Neapel, ihn gelegentlich eines Falles von Impftuberkulose auf das eigentümliche Verhalten der Tuberkelbazillen, welche „Streptokokkenform" angenommen hatten, aufmerksam gemacht hat. UNNA gelang die Beweisführung, daß die Kokkothrixform an die Entfärbung der Pararosaniline mit Jod geknüpft sei[2]), und er gab sogar eine Doppelfärbung an, bei der die Bazillen fuchsinrot und die Granula in der Gentianefarbe gefärbt waren[3]). Das Verdienst experimentell den Beweis der Virulenz und die Zugehörigkeit der Granulaform des Tuberkelbazillus zur klassischen Form, der Stäbchenform, dargetan zu haben, gebührt MUCH[4]). Ich beantrage somit den von P. UNNA jr. vorgeschlagenen Namen der „LUTZ-MUCHschen Granula" in Zukunft beizubehalten[5]).

Im folgenden möchte ich mir erlauben, zwei Krankengeschichten mitzuteilen, welche sich auf solche Leprafälle mit tuberkuloider mikrospoischer Struktur beziehen.

Der erste Patient, welchen ich zu beobachten Gelegenheit hatte, ist ein Kaufmann von 42 Jahren, welcher mehr als 20 Jahre in Südamerika gelebt hat. Die Eltern des Patienten lebten immer in Deutschland, der Vater ist an einem Schlaganfall, die Mutter an Altersschwäche gestorben. Als Knabe von 9 Jahren will Patient Masern durchgemacht haben, im 26. Lebensjahr zog er sich eine Gonorrhöe zu, nach einem Jahr wurde er wegen weichem Schanker behandelt. Im Jahre 1891 kehrte Patient nach einem kurzen Aufenthalt in Hamburg nach Südamerika zurück und akquirierte im folgenden Jahre in Kolumbien Lues. Der ihn behandelnde Arzt verordnete eine Schmierkur und ließ den Patienten innerlich Jodkalium nehmen. Bis 1896 fühlte Patient sich sehr wohl, gegen Ende des Jahres stellten sich Halsschmerzen und Heiserkeit ein, der behandelnde Arzt diagnostizierte luetische Veränderungen des Mundes und des Kehlkopfes und verordnete eine weitere Schmierkur, unter welcher die luetischen Veränderungen rasch zurückgingen. 1900 erkrankte Patient an Malaria und wurde mit Chinin behandelt. 1901 kehrte Patient für einige Monate nach Deutschland zurück und fühlte sich daselbst sehr wohl, darauf begab er sich bis 1909 nach Bolivien und kehrte im Juli krank nach Hamburg zurück. Nachdem sich Patient von einer Lungenentzündung etwas erholt hatte und seinen Beruf wiederaufzunehmen gedachte, bemerkte er an der Außenfläche des linken Oberschenkels oberhalb des

[1]) LUTZ. Zur Morphologie des Mikroorganismus der Lepra, Derm. Studien, 1886. Heft 1. — [2]) UNNA. Zur Histologie und Therapie der Lepra, Kongreß f. innere Med., 1886. — [3]) UNNA. Die feinere Struktur des Leprabazillus. Vortrag, gehalten im Hamburger ärztlichen Verein am 12. Juli 1886 und Autoreferat, Monatshefte f. prakt. Derm., 1886, S. 404. — [4]) MUCH. Die nach ZIEHL nicht darstellbaren Formen des Tuberkelbazillus, Berl. klin. Wochenschr., 1908, S. 691. — [5]) P. UNNA jr. Zur Mikrochemie des Leprabazillus, UNNA Festschrift, Bd. 2, S. 285.

Digitized by Google

Knies eine, wie er sich ausdrückt, taube Stelle. Bis zum Januar 1910 konsultierte er verschiedene Ärzte, welche die Stelle teils mit Lues, teils mit Malaria in Verbindung brachten und abwechselnd Jodkali und Chinin verordneten. Während dieser verschiedenen Behandlungsversuche traten in kurzen Intervallen am Halse, am Rücken und am linken Arme anästhetische, bräunliche, etwas über die normale Haut hervorragende Plaques auf, welche in ihrem Aussehen mit der vorherbeschriebenen Stelle am linken Oberschenkel vollkommen übereinstimmten. Patient begab sich dann in spezialistische Behandlung des Kollegen A., es wurde ihm daselbst ein Stück Haut herausgeschnitten, und fanden sich nach langem Suchen und nach Anwendung der sogenannten MUCHschen Granulamethode ganz vereinzelte Leprabazillen. Patient wandte sich dann an Prof. UNNA, um sich einer energischen Behandlung zu unterziehen. In der Klinik wurde folgender Status erhoben:

Wohlbeleibter, 42 jähriger, blaß aussehender Mann. Lues, ziemlich starker Potus, Nikotin (bis 40 Zigaretten täglich). Das Gesicht ist aufgedunsen, die beiden Nasenflügel lassen zahlreiche tiefe Narben erkennen, ebenso die Stirn. Augen, Mund und Ohren weisen keine pathologischen Veränderungen auf. Unterhalb des linken Ohres, etwas nach den Dornfortsätzen der Halswirbel zu gelegen, findet sich ein etwa handtellergroßer, bräunlich verfärbter, einige Millimeter über das normale Hautniveau sich erhebender scharfrandig, gegen die normale Haut abschließender Fleck. Ein ebensolcher Fleck von der Größe eines Fünfmarkstückes befindet sich hinter dem rechten Ohr, etwas nach unten gegen den 7. Halswirbel zu. Auf dem linken Unterarm, an der Beugeseite desselben, befindet sich ein ebensolcher Fleck von ungefähr Dreimarkstückgröße und von der oben bereits beschriebenen Farbe. Auf dem Rücken fallen besonders drei Flecke auf der rechten Seite desselben in die Augen, der erste derselben über dem Angulus scapulae gelegen von ungefähr Dreimarkstückgröße, der zweite direkt unter dem ersten gelegen und nur durch ein handbreites Stück von normaler Haut davon entfernt von ebensolcher Größe und Beschaffenheit. Der dritte Fleck liegt über dem innern Ansatz des Muskels Glut. maximus nach der Mittellinie des Körpers zu und ist etwa einmarkstückgroß. Über dem linken Glut. max. am oberen Rand und direkt auf der Mitte befinden sich zwei Flecke von ungefähr Dreimarkstückgröße. An der Außenfläche des linken Oberschenkels über dem Knie gelegen, befindet sich eine etwa 12 cm lange und 6 cm breite, bräunlich verfärbte, über das Hautniveau hervorragende anästhetische Stelle. Diese soeben beschriebene Stelle war während 6 Wochen das einzige Symptom der jetzt bestehenden Affektion, die übrigen Stellen des Körpers sind erst nachher im Zeitraum von 6 Wochen aufgetreten, ohne irgend welche Sensationen hervorzurufen. Patient bringt das Hervortreten der Stellen mit dem Einnehmen von Jodkali in Zusammenhang. Es lassen sich keine Verdickungen der Nervenstämme durch die Haut hindurch feststellen. Die große Stelle auf der Außenseite des rechten Oberschenkels hindert den Patienten sehr stark im Gehen und ist auf Druck sehr schmerzhaft. Auf dieser Stelle besteht eine ausgesprochene Anästhesie und Analgesie, sowie Thermoanästhesie. Die Angaben bei den übrigen Stellen sind mit Ausnahme derjenigen hinter dem linken Ohr, welche anästhetisch ist,

Digitized by Google

sehr unbestimmt. An beiden Fußsohlen besteht deutlich ausgesprochene Thermoanästhesie. Die Untersuchung der innern Organe ergibt mit Ausnahme einer leichten Dilatation des Herzens und einer Verdickung der Arteria radialis normale Verhältnisse. Der Urin ist frei von Zucker und Albumen. Die Untersuchung des Nasenschleimes auf Leprabazillen ist negativ.

Der zweite Fall betrifft (vgl. Fall II, Fig. 1 und 2) einen Herrn von 48 Jahren, von Beruf Tierarzt, der schon seit 27 Jahren in Argentinien lebt. Patient will im Alter von 6 Jahren Masern durchgemacht haben, er verlebtes eine Jugend in England und ging mit 21 Jahren mit seiner

Fig. 1.

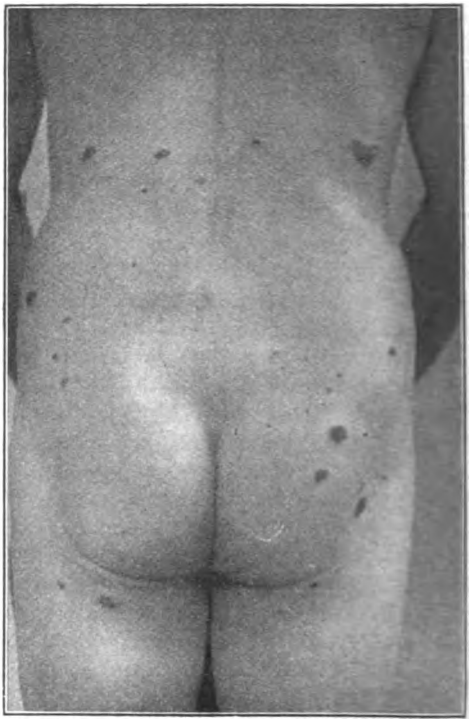


Fig. 2.

Frau nach Südamerika. Die Eltern des Patienten sind nie aus England herausgekommen, der Vater ist an Karzinom mit 70 Jahren, die Mutter mit 85 Jahren an Altersschwäche gestorben. Das älteste Kind des Patienten ist eine Tochter von 18 Jahren, die beiden Knaben sind 16 und 14 Jahre alt. Frau und Kinder sind vollkommen gesund.

Patient hat weder Lues noch Gonorrhöe durchgemacht und ist kein Raucher noch Trinker. Bis zum Juli 1911 will Patient vollkommen gesund gewesen sein. Es ist ihm wohlbekannt, daß in Argentinien Lepra vorkommt, doch war die Gegend, wo er sich aufhielt, nicht als verseucht zu betrachten. Auf Reisen in das Innere des Landes will Patient aller-

Digitized by Google

dings in Gegenden gekommen sein, in denen Lepra herrschen soll. Auf einer solchen Reise im Juli in die suspekten Gegenden bemerkte Patient direkt hinter dem linken Ohrläppchen zwei etwa hanfkorngroße Tumoren von dunkelbrauner Farbe. Diese kleinen Stellen vergrößerten sich im Laufe einiger Wochen und konfluierten zu einem etwa handtellergroßen, leicht erhabenen bräunlichroten Fleck. Im Laufe von 6—8 Wochen gesellten sich noch drei weitere Flecke auf der Stirn und ungefähr 30 zerstreut auf dem Körper zu den übrigen hinzu. Die Diagnose Lepra wurde in Argentinien ohne Bazillenbefund aus dem allgemeinen Krankheitsbild gestellt. Patient ist ein kräftig gebauter Mann. Auf der Mitte der Stirn befinden sich drei, über der Mitte der linken Augenbraue und an der Nasenwurzel je ein etwa erbsengroßer, derber, in der Tiefe der Haut sitzender und etwa 1—2 Millimeter über das normale Hautniveau hervorragender Tumor von rotbrauner Farbe. Hinter dem linken Ohrläppchen ist eine etwa handtellergroße, einige Millimeter über die normale Umgebung hervorragende, plateauartig sich erhebende, rötlichbraun gefärbte Geschwulst. Nase, Augen und Mund weisen keine pathologischen Veränderungen auf. Etwa handbreit über der rechten Brustwarze, in der Mammillarlinie gelegen, befindet sich eine ebensolche plateauartig sich erhebende Stelle von dem oben schon beschriebenen Aussehen und etwa von der Größe eines Zweimarkstückes. Am untern Rippenbogenrand, in der Parasternallinie ist eine ebensolche Stelle von der Größe eines Dreimarkstückes. Auf dem Rücken, etwas seitlich von der Mittellinie und ungefähr in der Mitte desselben, sind auf der linken Hälfte drei Flecke von der Größe eines Markstückes und sieben von ungefähr Zehnpfennigstückgröße. Auf der rechten Rückenhälfte fallen drei fünf- bis zehnpfennigstückgroße Tumoren in die Augen. Über dem rechten Glutaeus maximus, mehr nach der äußeren Ansatzstelle zu gelegen, sind zwei Flecke von der Größe eines Dreimarkstückes und eine etwas kleinere, ebenfalls kreisrunde und bräunlichrot gefärbte Erhabenheit. Über dem linken Handgelenk ist eine ebensolche Stelle von der Größe eines Zweimarkstückes zu erkennen und eine ebensolche an der Innen- und Streckseite der Grundphalanx des Ringfingers. Die Haut auf dem linken und rechten Dorsum manus ist schlaff und in Falten gelegt. Auf der Streckseite des rechten Oberarmes, in der Mitte desselben befindet sich ein etwa fünfzigpfennigstückgroßer Fleck von obiger Beschaffenheit. Der rechte Oberschenkel weist auf der Streckseite 4 Flecke von Zweimarkstückgröße, auf der Beugeseite vereinzelte kleine Stellen auf. Der Unterschenkel ist frei, das Dorsum pedis weist drei Knoten von Bohnengröße auf. Auf dem linken Oberschenkel haben die Knoten sich mehr nach der Innenseite lokalisiert, zwei im obern Drittel von Markstückgröße und drei im untern Drittel von Linsengröße. Auf dem Unterschenkel lassen sich auf der Streckseite 5, auf der Beugeseite 8, drei davon auf der Wadenmuskulatur und 5 mehr nach den Seitenflächen zu gelegen erkennen. Die Größe der letztern schwankt zwischen der eines Hanfkornes bis zu einem Markstück.

Auf der großen Stelle hinter dem Ohr besteht eine ausgesprochene Anästhesie und Analgesie sowie Thermoanästhesie. Die über dem rechten Glutaeus maximus gelegenen Stellen zeigen dasselbe Verhalten. Die übrigen Stellen weisen keine Veränderungen von seiten des Nervensystems auf.

Digitized by Google

Es lassen sich durch die Haut keine verdickten Nervenstämme durchfühlen. Der Nasenschleim ist frei von Leprabazillen. Im Urin ist weder Zucker noch Eiweiß vorhanden.

Die klinischen Besonderheiten dieser beiden Fälle können wir in folgenden Sätzen zusammenfassen: erstens waren relativ wenig große Stellen vorhanden, zweitens waren dieselben alle flach erhaben und zeigten keine Neigung zu zentraler Abheilung und Ringbildung, drittens ist die Farbe eine Mischung von Braun mit einem Stich ins Bläuliche (violettbraun). Es handelt sich viertens in beiden Fällen um auffallend kräftig aussehende Patienten der germanischen Rasse. In beiden Fällen macht sich ein Zurücktreten der lokalen nervösen Symptome geltend. Die Zeitdauer, während welcher die Generalisation der Flecke auftrat, war in beiden Fällen eine ziemlich kurze.

Histologischer Befund.

Fall Nr. 1 (vgl. Tafel. Fig. 1). An einem nach der von Unna modifizierten Pappenheimschen Methode gefärbten Schnitt, welcher von dem exzidierten Hautstück des handtellergroßen Fleckes hinter dem linken Ohr stammt, lassen sich folgende Verhältnisse erkennen. Die Hornschicht zeigt keine pathologischen Veränderungen. Die Stachelschicht ist im allgemeinen verdickt mit vergrößerten Leisten, zwischen denen etwas verdickte Papillen gelagert sind. Streckenweise an einigen Stellen, dort wo das Kutisinfiltrat oberflächlich liegt und bis an das Epithel heranreicht, ist die Stachelschicht verdünnt oft bis auf 2—3 Zellreihen. Das pathologisch zellige Infiltrat der Kutis tritt in seiner Eigentümlichkeit am besten an solchen Schnitten hervor, welche eine Vorfärbung auf Elastin erhalten haben. Das Infiltrat ist nämlich durchweg strangförmig gebaut, d. h. mehr oder weniger dicke Stränge durchziehen teils quer, teils längs geschnitten die im übrigen normale Kutis, in der sie sich scharf absetzen. Dieser Teil der Kutis ist vollkommen normal gebaut, enthält Elastin in normaler Anordnung und durchaus kein zelliges Infiltrat. Dadurch setzt er sich so scharf gegen die Stränge ab, die von Elastin vollkommen frei sind und lediglich aus Zellen mit geringen Kollagenresten bestehen. An bestimmten Stellen konfluieren diese Stränge zu dichten Massen, nämlich einerseits um die Haarbälge herum, andererseits direkt unterhalb des Epithels in der Höhe des supraepithelialen Gefäßnetzes. Besonders an der Grenze des Infiltrates erkennt man, daß diese diffusen Infiltrate aus der Konfluenz zellig verdickter Blutgefäße entstehen. Was nun den Charakter der zelligen Infiltrate außerhalb der Gefäßstränge betrifft, so bestehen dieselben in ihrem zentralen Teile aus homogen geschwollenen Zellen (sog. Epitheloidzellen) und Riesenzellen. Die peripheren Teile der Stränge sind meist von kleinen atypischen Plasmazellen, untermischt mit typischen Plasmazellen, aufgebaut. An einigen Strängen gewahrt

Digitized by Google

Fig. 1.

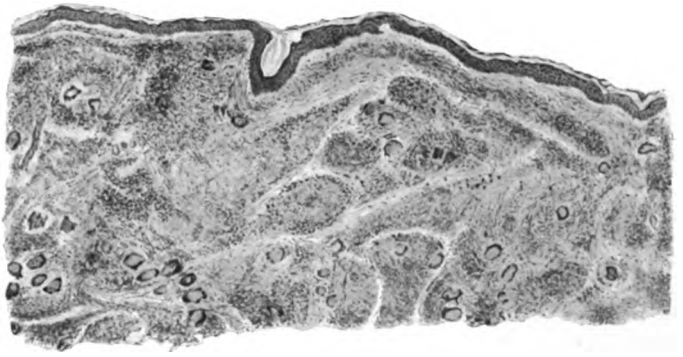


Fig. 2.

Digitized by Google

Digitized by Google

man teils zentral, teils peripher noch ein offenes Gefäßlumen, welches beweist, daß die Stränge sich um die Blutkapillaren entwickeln. Die homogen geschwollenen Zellen tragen im allgemeinen den Charakter wie in tuberkulösen Affektionen, nur daß sie weniger zu kugeligen Haufen vereinigt und mehr streifenförmig den Gefäßsträngen eingesprengt sind. Dies hängt wohl damit zusammen, daß die einzelnen homogen geschwollenen Zellen nicht diese kugelig große Auftreibung erleiden wie bei Tuberkulose. Die Riesenzellen andererseits sind spärlicher als wie bei tuberkulösen Infiltraten im allgemeinen, gewöhnlich rund und sehr kernreich. Hier und da haben sich in ihnen auch wie bei tuberkulösen Riesenzellen Reste von Elastin erhalten. Zwischen den Riesenzellen und den homogen geschwollenen Zellen finden sich, was Größe und Kernreichtum betrifft, alle möglichen Übergänge. Betrachtet man die Schnitte, besonders diejenigen, die nach Pappenheim-Unna oder mit polychromer Methylenblaulösung gefärbt sind, bei stärkerer Vergrößerung, so erscheint die Grenze zwischen normaler Kutis und Gefäßsträngen nicht so scharf, indem die letztern von hypertrophischen Zellen aller Art und daneben auch von Plasmazellen in Reihen umgeben sind.

Fall Nr. 2 (vgl. Tafel, Fig. 2). Die Stachelschicht ist verdickt und verbreitert, aber durch den allgemeinen Druck der Kutis abgeflacht. Papillen sind nur hier und da andeutungsweise noch vorhanden. Das mächtige Zellinfiltrat, welches die Kutis erfüllt, hat eine auffallend unregelmäßige Struktur. Betrachtet man es von der gesunden Nachbarschaft ausgehend näher, so erkennt man unschwer, daß es aus enorm verdickten, stark geschlängelten und fast bis zur Berührung gebrachten, genäherten Strängen besteht, zwischen denen sich nur ganz wenige unregelmäßig konturierte Reste von normalem kollagenem Gewebe erhalten haben. Der strangartige Charakter wird hauptsächlich durch den Umstand deutlich, daß immer noch im Zentrum der Stränge die homogene Schwellung und Riesenzellenbildung prävaliert. An der Peripherie atrophische Plasmazellen. Wo in der Mitte diffuser breiter Zelleninfiltrate Streifen atrophischer Plasmazellen (blau bei der Pappenheim-Unna-Färbung) auftreten, erkennt man bei näherer Betrachtung, daß es sich um zwei dicht gelagerte, stark verbreiterte, bis zur Konfluenz genäherte Gefäßstränge handelt. Die Bildung derselben geht so weit, daß stellenweise die Stränge ganz aus Riesenzellen bestehen, zwischen denen nur noch wenige homogen geschwollene Zellen übriggeblieben sind.

Mit der Größe und Anzahl der Riesenzellen Hand in Hand geht eine ungeheure Vielgestaltigkeit derselben, welche zwischen den Extremen des Tuberkeltypus und der Fremdkörperriesenzelle alle nur denkbaren Formen von Zellenriesen aufweisen. Vielerwärts ist mit größter Deutlich-

Digitized by Google

keit die Entstehung der Riesenzellen aus der Konfluenz von Plasmazellen und homogen geschwollenen Zellen zu erkennen. Aus dieser Schilderung ergibt sich, daß das zellige Infiltrat auch dieses Falles, trotzdem es fast die ganze Kutis kontinuierlich erfüllt, absolut sich unterscheidet von dem gewöhnlichen Zellinfiltrat des Leproms und seiner Entstehung nach die Charaktere des strangförmigen Leprids in vergrößertem Maßstabe noch deutlich erkennen läßt. Von den gewöhnlichen Lepriden unterscheidet es sich genau wie der Fall 1 durch den Charakter der Zellen. Derselbe ist durchaus als ein tuberkuloider zu bezeichnen, da in einer Schale von normalen und atrophischen Plasmazellen sich homogen geschwollene und Riesenzellen in überraschender Reichhaltigkeit entwickelt haben.

Bakteriologischer Befund.

Um mir über die Anwesenheit von Leprabazillen in diesen beiden Fällen Aufklärung zu verschaffen, färbte ich zunächst die Schnitte mit der gebräuchlichen Ziehlschen Methode mit Nachfärbung einer schwachen Methylenblaulösung. Trotz der sorgfältigen Durchsicht vieler Schnitte gelang mir der Bazillennachweis nicht. Andere Schnitte färbte ich mit der von Unna angegebenen Thymen-Viktoriablau-Methode, mit und ohne Gegenfärbung von Safranin, doch gelang mir auch bei diesen Färbungen der Bazillennachweis nicht. Angeregt durch die Arbeiten von Arning und Lewandowski, welche die von Much angegebene prolongierte Gramfärbung bei Schnitten von tuberkuloider Lepra benutzten, und die zum Teil mittels dieser Methode einen positiven Erfolg zu verzeichnen hatten, bediente ich mich auch dieses Verfahrens, war aber bei dieser Untersuchung nicht so glücklich wie die beiden Autoren. Es gelang mir nicht Niederschläge ganz zu vermeiden, so daß sich nicht mit Sicherheit in den Schnitten die Lutz-Muchschen Granula konstatieren ließen. Bei dieser Schwierigkeit, in den Schnitten zu einem Nachweis des Lepraorganismus mittels der bewährten Methoden zu gelangen, ging ich zu der von Uhlenhuth empfohlenen Methode über, die säurefesten Bazillen in dem mit Antiformin verdauten Gewebe nachzuweisen. Zu diesem Zwecke wurden Hautstücke mit dem Rasiermesser von den Patienten frisch abgetragen und mit der von Unna für Lepra modifizierten Antiforminmethode, mittels des sogenannten „Leprahacks", untersucht. Das Hackverfahren von Unna besteht bekanntlich darin, daß man die frisch exzidierten Gewebspartien auf einer peinlichst sauber gereinigten Glasplatte mit einem Mikrotommesser zu einem feinen Brei zerhackt[1]). Das Hack kommt dann in ein Zentrifugengläschen, welches mit einer 10% Antiforminlösung gefüllt ist. Darauf

[1]) Unna, Histotechnik der leprösen Haut, 1910, S. 14.

Digitized by Google

wird das Ganze für 6 Stunden in den Thermostaten bei 37° gestellt, sodann wird das überschüssige Antiformin abzentrifugiert und der restierende Bodensatz auf mit Schwefelsäure gereinigte Objektträger ausgestrichen. Darauf werden diese über der Gasflamme fixiert.

Die so gewonnenen Präparate wurden mit der sogenannten Karbolfuchsin-Salpetersäure-Schnellfärbungsmethode gefärbt und mit Ölimmersion untersucht[1]). Bei der Durchsicht der Präparate fanden sich in etwa $^1/_3$ aller Objektträger sowohl bei Fall 1 wie — weniger zahlreich allerdings — bei Fall 2 teils einzelnliegende, teils Gruppen von Leprabazillen, sowohl in Stäbchen- als auch in Kokkothrixform. Hiermit war einwandfrei bei beiden Fällen bewiesen, daß auch in den geschilderten Fällen dieser seltenen Lepraform Bazillen, wenn auch in geringer Anzahl, vorhanden waren.

Die Sicherheit dieses Resultates veranlaßte mich, nun noch einmal mit etwas modifizierten Methoden die ja sicher vorhandenen Bazillen auch in den Schnitten zu suchen. Da jede Art von Gegenfärbung mit basischen Farben imstande ist, einzelne Bazillen zu entfärben, so benutzte ich zuerst die Ziehlsche Färbung ohne alle Gegenfärbung. Tatsächlich gelang es mir in einzelnen Schnitten selbst bei Fall 1, welcher ja in den Antiforminausstrichpräparaten nur eine spärliche Anzahl von Bazillen im Vergleich zum zweiten Patienten gegeben hatte, einige Leprabazillen in der Nähe von Riesenzellen festzustellen. In den Schnittpräparaten von Fall 2 fanden sich analog den Antiforminausstrichpräparaten auch mehr Bazillen im Gewebe als bei Fall 1. Die Bazillen lagen auch hier meist in der Nähe von Riesenzellen, sie waren von plumper gedrungener Gestalt, kurz und an den Enden zugespitzt.

Auf Anraten von Herrn Prof. Unna bediente ich mich noch folgender Methode. Die Schnitte kommen für eine Nacht in Thymenviktoriablau, werden in Wasser abgespült und $^1/_2$ Stunde mit der Unnaschen Tannin-Orange-Mischung nachgefärbt, darauf so lange in Alcohol absolutus, bis keine Farbwolken mehr abgehen, werden in Zedernöl aufgehellt und in Balsam eingebettet. Die Leprabazillen lassen sich mittels dieser Methode, tief blau gefärbt, und von dem orange gefärbten Gewebe deutlich abhebend, leicht auffinden. Diese Methode eignet sich in hervorragender Weise, durch die Kontrastfärbung von Bazillen und Gewebe, bei solchen Lepraformen, wo durch die Spärlichkeit der Bazillen ihr der Nachweis sehr schwer, oft fast unmöglich wird. Ich komme mithin in Anbetracht dieser Methode nahzu zu demselben Resultat, wie Freytag in seiner kürzlich erschienenen Arbeit „Beitrag zur Kenntnis des leprosen Gewebes“ (Inaug.-Dissertat., Leipzig 1911) aus der Klinik von Prof. Rille.

[1]) Unna, Histotechnik der leprösen Haut, S. 18.

Digitized by Google

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am 15. April (28. April) 1912.

Originalbericht von Arth. Jordan.

1. W. Pospelow jun. stellte einen Fall von **Jododerma tuberosum fungosum** vor. Die betr. 55jährige Frau hat im Dez. v. J. eine Flasche mit Jodnatrium in Lösung gebraucht, worauf sich im Januar im Gesicht ein Ausschlag einstellte, der zeitweilig nachließ, aber nach Gebrauch einer zweiten Flasche der JNa-Lösung so schlimm wurde, daß die Kranke zwecks Diagnose in die Moskauer Hautklinik geschickt wurde. Bei der Aufnahme der Kranken, Anfang März, fanden sich in Schmetterlingsform auf der Nase und auf den Wangen, ferner auf der Stirn, auf dem behaarten Kopf und endlich auf dem rechten Zeigefinger weiche Wucherungen mit zentraler Einsenkung, die mit gelben Borken belegt waren. Stellenweise erinnerte der Ausschlag an Mycosis fungoides. Da die Wassermannsche Reaktion negativ ausfiel und sich histologisch keine lupösen Elemente fanden, wurde der Verdacht auf eine Arzneidermatose gelenkt. Unter indifferenter Behandlung und innerem Gebrauch von Borshom besserte sich der Zustand, um bei probeweise gegebenem JNa von neuem in der alten Form wiederzukehren.

2. Tschernogubow demonstrierte eine Frau mit **Bromoderma** auf dem einen Bein, welches sich bald nach Einnahme von Bromsalz eingestellt hat.

Diskussion. Meschtscherski sah unlängst einen Fall von Pemphigus jodicus.

Pospelow sen. weist auf die Anordnung des Ausschlags in Gruppen als Merkmal hin, wie auf das rasche Auftreten nach kurz dauerndem Gebrauch von Jod oder Brom.

3. Wjerwerowski (Gast) führte einen 25jährigen Mann mit einer aus Pusteln und Knötchen bestehenden Hautaffektion im Gesicht vor, wo die mikroskopisch-bakteriologische Untersuchung noch nichts definitiv geklärt hat.

4. Fokin demonstrierte drei Fälle von **Atrophia cutis idiopathica progressiva acquisita:**

a) eine 47jährige Frau mit einer die oberen wie unteren Extremitäten betreffenden, deutlich ausgesprochenen Atrophie der Haut, bei der sich außerdem Narben im Gesicht und im Rachen finden, welche anscheinend als Folge eines bestandenen Lupus vulg. aufzufassen sind;

b) einen 52jährigen Mann mit Atrophia cutis idiopathica diffusa beider unteren Extremitäten und der Kreuzregion;

c) eine 60jährige Frau mit Atrophia cutis idiopathica der ganzen linken unteren Extremität bei gleichzeitiger Atrophia cutis senilis.

Diskussion. Bogrow hat unlängst einen Fall von Übergang einer Sclerodermie en plaques und en bandes in Atrophie gesehen, in dem ersten von Fokin vorgestellten Falle von Atrophie der Haut dagegen findet sich auf den Handrücken ein Übergang der Atrophie in Sklerodermie.

Krassnoglasow. In allen vorgestellten Fällen handelt es sich um typische Fälle von Atrophia cutis idiopathica, Schwierigkeiten in der Deutung machen nur die Narben bei dem ersten dieser Fälle, welche jedenfalls nicht zum Bilde der Atrophie passen, zumal diejenigen im Rachen.

5. Fokin demonstrierte einen 44jährigen Händler mit **Lupus pernio der Handrücken** bei gleichzeitig bestehendem **Lupus erythematosus** des Gesichts und des

Digitized by Google

Rumpfes, wozu sich noch in letzter Zeit ein **Epitheliom** auf der linken Wange hinzugesellt hat. Vor 15 Jahren soll zuerst ein roter Fleck auf der Nase aufgetreten sein, der sich allmählich verbreitete, vor acht Jahren begann der Ausschlag auf dem Rücken, vor fünf Jahren auf der Brust, vor zwei Jahren auf den Händen. Seit dem Nov. 1911 besteht das Epitheliom auf der linken Wange, welches unter Röntgenstrahlen sich vergrößert hat und jetzt operativ behandelt werden soll. Histologische Untersuchungen haben bisher nicht vorgenommen werden können.

Diskussion. Meschtscherski ist der Ansicht, daß es sich um ein Epitheliom auf dem Boden eines Lupus vulgaris handelt. Die bläulichroten Verfärbungen der Infiltrate auf den Handrücken erinnern wohl an Lupus pernio, jedoch könnte es sich um Asphyxie bei einem Mann handeln, der bei seinem Beruf als Händler mit Eisen viel in freier Luft zu tun hat. Sokolow vermißt an den Händen die Derbheit der Infiltrate.

Fokin erwidert, daß die Infiltrate vor einem Jahr, wo er schon den Kranken vorstellen wollte, bedeutend stärker ausgesprochen waren, aber leider entzog sich damals der Kranke der Beobachtung. Gegen die Deutung des Falles als Lupus vulgaris spricht die kolossale Ausbreitung des Prozesses bei jeglichem Fehlen irgend welchen Überganges in Geschwürsbildung. Er gibt zu, daß stellenweise der Fall an Lupus vulgaris erinnert. Ein Übergang in ein Epitheliom kann natürlich ebenso nach einem Lupus erythematosus wie nach einem Lupus vulgaris erfolgen.

Krassnoglasow rät, zur Entscheidung die Tuberkulinprobe vorzunehmen.

6. Meschtscherski, Tschernogubow und Grintschar stellten einen Fall von **Rhinosklerom** der Nase und des Rachens vor, welcher fälschlicherweise viel mit Hg behandelt worden ist. Bei dem 27jährigen Mann, welcher angibt, acht Jahre krank zu sein, findet sich außer dem Rhinosklerom der Nase ein Defekt der Uvula infolge Skleroms des weichen Gaumens und des Racheneinganges. Die Wassermannsche Reaktion ist negativ. Dagegen konnte Tschernogubow sowohl den Frischschen Rhinosklerombazillus wie auch eine positive dementsprechende Komplementbindung nachweisen.

Nach dem Vorschlag von Prof. Selenew, in dessen Klinik sich der Kranke befindet, soll der Fall mit Vakzine behandelt werden. Krassnoglosow hat durch Röntgentherapie Besserungen erzielt.

7. Lewtschenko zeigte einen Fall von **Lichen variegatus.**

Der 19jährige Mann weist einen über Rumpf und Extremitäten ausgebreiteten Ausschlag auf, der aus stecknadelkopfgroßen, schwach infiltrierten Knötchen besteht, die mit kleieförmigen Schüppchen bedeckt sind. Der Ausschlag verursacht nur unbedeutendes Jucken. Histologisch läßt sich ein Ödem mit rundzelliger Infiltration konstatieren, Hyperplasie der Hornschicht, Aplasie des R. Malpighi. Wassermann-Reaktion negativ. Tuberkulinreaktion negativ. 30 Arsenikinjektionen sind ohne Wirkung gewesen.

Diskussion. Fokin rät zur Anwendung von asiatischen Pillen.

Krassnoglosow fragt, warum Ref. die schon sowieso schwierige dermatol. Nomenklatur noch erweitert?

Lewtschenkow erwidert, daß Brocq selbst fand, daß seine Parapsoriasis dem Lichen ruber planis ähnlicher als der Psoriasis vulg. ist.

8. Muchin demonstrierte einen Fall von **Rhinophyma** bei einem 48jährigen Mann.

Diskussion. Kedewski ist der Ansicht, daß das Rhinophyma häufig sekundärer Natur sein kann, so konnte er einmal einen Zusammenhang mit Sarkom, das andere Mal mit Tuberkulose nachweisen.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

März 1912.

Ein Beitrag zu unseren Kenntnissen über die Nävo-Xantho-Endotheliome, von J. E. R. McDonagh. Beschreibung des klinischen und histologischen Befundes von fünf selbst beobachteten Fällen dieser im ganzen seltenen Affektionen, die in ihrem äußeren Bilde viel Ähnlichkeit mit Urticaria pigmentosa tuberosa hat und nur durch die histologische Untersuchung von der letzteren zu unterscheiden ist. Diese multiplen, durch ihre gelbliche Farbe charakterisierten Hautgebilde, die von Stecknadelkopf- bis Haselnußgröße variieren und über die Haut (bis 3—4 mm) erhaben sind, können schon bei der Geburt vorhanden sein oder treten nicht viel später auf, sind im allgemeinen gutartiger Natur, indem sie nach vieljährigem Bestand schließlich sich spontan zurückbilden, und scheinen mit keiner inneren Affektion zusammenzuhängen. Was den histologischen Befund betrifft, so ist ein dichtes Zellwachstum in den tieferen Hautschichten das Hauptmerkmal, wobei die Zellen ihren Ursprung vom Endothel der Kapillaren nehmen; dann verschwinden viele dieser Zellen, und an deren Stelle tritt neu gebildetes Bindegewebe; in diesem Stadium sieht man auf Riesenzellen (unter der Epidermis sowohl wie im Konium, wo sie durch Verschmelzen der Geschwulstzellen entstehen). Die Zellen enthalten Fett; das ist das Stadium, in welchem die Affektion mikroskopisch einem weichen Fibrom oder einer Bindegewebsgeschwulst ähnelt. In einem weiteren Stadium sind alle Zellen geschwollen, enthalten ein oder mehrere Kerne und haben das Aussehen von Honigscheiben; in diesem Stadium treten die neugebildeten Gefäße besonders hervor und sind auch Zeichen von Entzündung vorhanden. Im Schlußstadium verschwinden auch diese Zellen. Kurz, die beschriebenen Gebilde sind Neubildungen und keine entzündlichen Schwellungen; sie sind Nävi vom Typus der Endotheliome, und infolge einer fettigen Degeneration, welche in den Zellen während ihrer Auflösung vor sich geht, wird ein xanthoma-ähnlicher Zustand geschaffen, weshalb Verfasser die Bezeichnung Nävo-Xantho-Endotheliom für die hierfür geeignetste erklärte.

Die Ätiologie des Lupus erythematosus, von Douglas Freshwater (Fortsetzung und Schluß). Die weitere ausführliche Besprechung des Zusammenhangs von Lupus erythematosus mit toxischen Erythemen, mit schlechten Zirkulationsverhältnissen und Frostbeulen, Beschäftigung, Geschlecht (weit häufiger bei Frauen wie bei Männern), Alter, Wohnungsverhältnissen ergibt folgende Schlußfolgerungen. Weder die klinischen noch die histologischen und bakteriologischen Untersuchungsresultate berechtigen zu dem Schlusse, daß Lupus erythematosus immer eine tuberkulöse Erkrankung ist, ebensowenig wie die Hypothese des im Blute kreisenden tuberkulösen Toxins eine befriedigende ist, da es eine große Anzahl von Fällen gibt, welche keinerlei Erscheinungen von Tuberkulose zeigen, und die Krankheit im Vergleich zur Häufigkeit der Tuberkulose außerordentlich selten ist. Das Vorkommen des Lupus erythematosus an Hautstellen, welche lokaler Reizung wie bei Erfrierung, Sonnenbrand usw. ausgesetzt sind, läßt die Annahme gerechtfertigt erscheinen, daß rein lokale Ursachen zuweilen verantwortlich zu machen sind. Die primäre Erkrankung der Blutgefäße begünstigt in Zusammenhalt mit der symmetrischen Verteilung des Hautleidens die Annahme, daß das ursächliche Agens durch den Blutstrom einwirkt. Die bekannte Lokalisation im Gesicht, welche so häufig bei diesem Hautleiden vorkommt, kann leicht durch Verlangsamung des Blutstroms und die verminderte Resistenz, welche die gelähmten Gefäße dem hypothetischen

Digitized by Google

Toxin darbieten, erläutert werden. Lupus erythematosus und gewisse Arten von Erythema multiforme sind nahe verwandt. Lupus erythematosus ist nach allem wahrscheinlich ein Zustand, der durch ein Trauma bei einem Individuum mit schwacher Zirkulation entsteht, wozu sich noch ein im Blute kreisendes Gift, wie z. B. das tuberkulöse oder rheumatische Toxin oder Produkte hinzugesellen, die durch Stoffwechselstörungen als Folge von Leber-, Nieren-, Gebärmuttererkrankung oder Krankheiten der Verdauungsorgane entstehen.

April 1912.

Trichosporosis nodosa, von J. M. H. Macleod. Die Untersuchungsobjekte, welche den Gegenstand vorliegender Mitteilung bildeten, stammen von einem auf British-Guyana lebenden, eingeborenen Indianermädchen. Die Haare waren schwarz, eher fein und wiesen am Schaft eine Anzahl harter Knötchen von Grieskorn bis Stecknadelkopfgröße auf. Diese Knötchen waren je in der Anzahl von 2—12 und noch mehr unregelmäßig an den Haaren verteilt, am zahlreichsten an den von der Insertionsstelle entfernteren Teilen derselben und fehlen völlig an den intrafollikulären Haarteilen. In Kalilauge erweicht und mikroskopisch untersucht, zeigten sich die Knötchen als eine Masse von Sporen, die ein zuerst an der Außenseite des Haarschaftes sitzendes Konkrement bildeten, später aber zerstörende Wirkung auf Haarschaft und -rinde zu haben schienen und das Haar brüchig machten. Nach Reinkulturen der Sporen (in Agar) ergab die mikroskopische Untersuchung derselben unregelmäßig verzweigte Myzelfäden mit Sporen und „Endogonidien", die ebenfalls klein, verschieden beschaffene Sporen und Körnchen enthielten. Es dürfte wahrscheinlich sich hier um eine Haaraffektion handeln, welche mit der im Caucatale Kolumbiens häufig vorkommenden und wegen der steinharten Beschaffenheit der Konkremente mit „Piedra" bezeichneten und auch in anderen Teilen Südamerikas, in Indien und Ceylon (Castellani) beobachteten identisch ist. Der Ursprung und die Übertragungsart des Fungus sind unsicher, in British-Guyana schreiben die Eingeborenen das Leiden dem Baden in gewissen weißen oder milchähnlichen Gewässern zu und behaupten, es nicht zu akquirieren, wenn sie in den braunen Moorbuschwassern baden. Differential-diagnostisch ist Trichosporosis nodosa von der häufigeren, als Leptothrix bekannten Affektion, bei welcher die Haare der Achselhöhle und gelegentlich des Hodens befallen und statt ein knolliges Aussehen zu haben, dick, unregelmäßig und gerifft sind, zu unterscheiden. Die Behandlung der Trichosporosis nodosa ist eine ziemlich unbefriedigende, besteht in Applikation irgend eines (die Knötchen) lösenden Mittels, wie Benzin, Terpentin, Petroleum, gefolgt von intensiver Reinigung mit Seife und Wasser. Meist genügen aber diese einfacheren Maßnahmen nicht, sondern es ist nötig, den Kopf zu rasieren oder das Haar ganz kurz zu schneiden und danach täglich irgend ein antiseptisches Mittel, wie (1 : 8) Karbolglyzerin (1 : 2000) Quecksilber-Perchloridlösung oder eine (3proz.) Quecksilber-Ammoniumsalbe anzuwenden, um Rückfälle zu verhüten.

Ulcus rodens, den Sulcus retro-auricularis betreffend, von J. H. Sequeira. Der Fall betraf einen 38jährigen Mann, der angab, seit ca. 8 Jahren hinter dem linken Ohr ein wanzenähnliches Gebilde zu haben, das während der letzten 10 Monate gewachsen sei, so daß es ober- und unterhalb des Ohrläppchens sichtbar geworden. Bewegung des Ohrs war mit Schmerzen verbunden und von Zeit zu Zeit kam es zu leichten Hämorrhagien. Die histologische Untersuchung der Neubildung ergab ein basales Karzinom (Ulcus rodens). Außer der Lokalisation findet S. an dem Falle die geringen subjektiven Beschwerden bemerkenswert. Entfernung der Geschwulst mittels Küvette und dann Anwendung von X-Strahlen oder Radium dünkt ihn die geeignetste

Digitized by Google

Behandlungsmethode, bei deren Fehlschlagen allerdings die Ohrmuschel entfernt werden müßte.

Tinea tonsurans bei einem 60jährigen Patienten, von GEORGE PERNET. Es handelte sich um eine 60jährige Frau, bei welcher seit etwa einem Jahre Alopecia und Abschuppung der Kopfhaut bestand; die Untersuchung der teilweise gespaltenen Haare führte zur Diagnose Trichophyton megalosporon endothrix, dessen Reinkultur auch gelang.

Stern-München.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Bd. 23. Januar 1912.

I. Ein Fall von Rhinosklerom, von MELESCHKO. Kasuistische Mitteilung über einen Fall von typischem Rhinosklerom bei einem aus dem Gouvernement Wjatka stammenden, seit 5 Jahren an den Platinwerken im Gouvernement Perm arbeitenden, 27jährigen Mann. Durch Röntgenstrahlen wurde Besserung erzielt.

II. Ein Fall von Lichen planus atrophicus s. sclerosus, von MSAREULOW. Der von M. bei einer 22jährigen Frau beobachtete Fall von Lichen planus saß vorzüglich auf den Streckseiten der oberen Extremitäten, auf beiden Seiten der unteren Extremitäten, auf dem Rücken, dem Kreuz und dem Gesäß, wurde aber noch kompliziert durch das Vorhandensein von Impetigines, was aber schon von UNNA, SABOLOTAY u. a. beschrieben worden ist, wie durch Schwellung der Lymphdrüsen. Der schon klinisch wahrnehmbare zentrale, atrophische Charakter der Lichenpapeln fand seine Bestätigung durch die histologische Untersuchung, indem das Str. MALPIGHII nur aus 2—3 Zellschichten besteht, während dasselbe an den peripheren Partien 9—10 Zellschichten erkennen läßt. Die papillare Schicht wie das Korium zeigen eine deutliche Infiltration, bestehend aus einkernigen Zellen mit geringem Protoplasma und aus Zellen mit spindelförmigem Kern.

III. Zur Behandlung der Nagelerkrankungen mit X-Strahlen, von TSCHERNOGUBOW. Tsch. berichtet über günstige Erfolge durch die Röntgenbehandlung bei zwei Schwestern mit Veränderungen der Nägel, bestehend in Brüchigkeit und Trübung, verbunden mit Unebenheiten derselben. Mikroskopisch ließ sich in der Nagelsubstanz ein sporentragendes Myzelium und bakteriologisch das Vorhandensein von Schimmelpilzen feststellen. Die Dosis bei der Bestrahlung soll einer doppelten, oder besser der $1^1/_2$fachen Epilationsdosis entsprechen. Freilich wurde in einigen anderen Fällen mit denselben Veränderungen und bei demselben bakteriologischen Befund kein so günstiges Resultat erzielt.

IV. Die Bekämpfung der venerischen Krankheiten auf der hygienischen Ausstellung in Dresden, von BREMENER.

V. Ein Fall von verspäteter Reaktion nach intravenöser Salvarsaneingießung, von W. POSPELOW. Nach der zweiten Eingießung von 0,4 Salvarsan, eine Woche nach der ersten Eingießung derselben Dosis, bei einem 16jährigen Mädchen mit gummösen Erscheinungen trat am folgenden Tage eine Temperatursteigerung auf 39°, verbunden mit Magen- und Darmstörungen auf. Nach weiteren 24 Stunden stieg die Temperatur auf 39,3 und es erfolgte der Ausbruch eines scharlachähnlichen Ausschlages, welcher in einigen Tagen unter Schilferung verschwand.

VI. Salvarsanomania activa et passiva, von GOURARI. Unter diesem Namen bezeichnet G. einen von ihm beobachteten Fall, wo einem Kranken in kurzer Zeit elf Salvarsaninjektionen unter die Haut gemacht worden waren, die zu Infiltraten geführt hatten, welche später exzidiert werden mußten.

Digitized by Google

VII. Zur Kasuistik der Strikturen nicht blennorrhoischen Ursprungs, von Himmel. Die Striktur der Urethra konnte auf eine starke Salpetersäurelösung zurückgeführt werden, die sich ein Kranker, aus Furcht vor einer Infektion, injiziert hatte.

Februar 1912.

I. Drei Fälle von Bromoderma tuberosum vegetans aut papillomatosum (Exanthemata ex usu bromi), von Kudisch. Es handelt sich um drei Epileptiker, bei welchen sich nach mehr oder weniger längerem Bromgebrauch auf den unteren Extremitäten teils geschwulstartige, teils warzenförmige Wucherungen eingestellt hatten. Histologisch erwies sich die Epitheldecke verdickt, wobei sie an verschiedenen Stellen zapfenförmig in das tiefer gelegene Gewebe eindringt. Stellenweise finden sich an der Oberfläche Vertiefungen, angefüllt von Leukozyten und Hornplättchen. In dem Korium ließen sich, direkt unter dem Epithel, zahlreiche Herde von Granulationsgewebe nachweisen, welches auch in der Umgebung der Haarzwiebeln beobachtet wurde. Kurz, ein chronisch entzündlicher Prozeß.

II. Beobachtungen über die Syphilisbehandlung mit Salvarsan im Laufe eines Jahres an stationären Kranken der Männerabteilung des Stadthospitals zu Odessa und an Kranken der Privatpraxis, von Ljetnik. Das Urteil von L. über das Salvarsan bei Syphilis lautet folgendermaßen: 1. Das Salvarsan ist von spezifischer Wirkung auf alle Erscheinungen von Syphilis; 2. es wirkt in einigen Fällen abortiv; 3. in fast 50% aller malignen Fälle erhielt man von dem Salvarsan allein ein glänzendes Resultat; 4. auf die gewöhnlichen frühzeitigen, sekundären Erscheinungen (Roseola, Papeln usw.) hat es allein eine schwächere Wirkung als Hg, gibt aber mit diesem zusammen gute und rasche therapeutische Resultate. Dagegen werden die Schleimhautpapeln im Munde wie die Papeln des Nabels und zwischen den Zehen sehr schnell unter Salvarsanbehandlung resorbiert. Die breiten Kondylome werden schlecht resorbiert. 5. Auf die tertiären Formen war das Salvarsan, speziell bei einmaliger Anwendung, nur von schwacher Wirkung, dagegen in Kombinatien mit Hg von guter Wirkung. 6. Bei den metasyphilitischen Erkrankungen erreichte L. in allen seinen Fällen fast keine Besserungen. 7. Das Salvarsan kann somit noch nicht als ein wirklich ideales, therapeutisches Mittel bei Syphilis angesprochen werden. 8. Die besten Resultate ergab die Salvarsanbehandlung bei Kombination desselben mit Hg.

III. Zur Kasuistik der blennorrhoischen Entzündung der paraurethralen Gänge an der Raphe penis, von Tschernogubow. Klinische Beschreibung von drei einschlägigen Fällen. Arth. Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Die Therapie der Wiener Spezialärzte, bearbeitet von den Fachärzten Wiens, herausgegeben von Ottfried O. Fellner-Wien. 2. Auflage. (Urban & Schwarzenberg, 1912.) Diese Übersicht der von den Wiener Spezialärzten (in der Anzahl von 103 als Mitarbeiter angeführt) geübten Therapie umfaßt als I. Teil Allgemeines, wie Schwangerschaftszeichen, Ernährung des gesunden Kindes, Abhärtung desselben, Vergiftungen, die Anästhisierungsverfahren und dringliche Operationen, wie Phimosenoperation, periurethraler Abszeß (Kavernitis) Inzision. Punktion der Haut bei Anasarka, Venenpunktionen, Aderlaß usw., als II. (Haupt-) Teil die medikamentöse und chirurgische Therapie wohl der meisten überhaupt vorkommenden Krankheitsfälle in alpha-

Digitized by Google

betischer Reihenfolge und als III., sehr begrüßenswerten Teil die physikalische Therapie, und zwar in 15 kurzen, die hauptsächlichsten Krankheitsgruppen, wie die der Augen, Ohren, Infektionskrankheiten usw. behandelnden Abschnitten. Die physikalische Therapie der Hautkrankheiten bespricht kurz Balneo- und Hydrotherapie, Massage, Elektrotherapie, Lichtbehandlung. In einer eigenen (16.) Gruppe werden die Röntgentherapie und kurz die für dieselbe geeigneten, nun eine stattliche Reihe einnehmenden Hautaffektionen besprochen. Ein alphabetisches Verzeichnis der Krankheiten und Behandlungsmethoden sowie ein solches der Medikamente schließen den ca. 650 Seiten starken Band, der seiner ganzen Anlage nach berufen ist, dem Praktiker ein recht brauchbares Nachschlagebuch zu sein. Stern-München.

Männlicher Geschlechtsapparat. Spezielle pathologische Anatomie, von Prosektor Dr. M. Simmonds-Hamburg. Mit 38 Figuren im Text. Pathologische Anatomie. Herausgegeben von L. Aschoff, Freiburg i. Br., zweiter Band XI. (Gustav Fischer, Jena 1911.) In zweiter Auflage liegt schon die Aschoffsche Pathologische Anatomie vor, mit ihr die Simmondsche Bearbeitung des männlichen Geschlechtsapparates. Was Referent (Bd. 49, 1909) von der ersten Bearbeitung sagen durfte, gilt in erhöhtem Maße von der neuen Auflage. Erschöpfend und dabei in gedrängter Kürze führt uns die vorbildliche Darstellung in ausschließlich eigene Erfahrungen des Hamburger Pathologen. Auf dem von ihm bevorzugten Arbeitsgebiet hat er inzwischen die Detailfragen weiter bearbeitet; hier sei vor allem an die klärende Arbeit über die Fibrosis testis (Virch. Archiv Bd. 201) erinnert. In der sehr kurz gehaltenen pathologischen Anatomie des Penis — an die vielen, die Penishaut befallenden und hier oft ein abweichendes Bild zeigenden Dermatosen sei nur erinnert — hat der Verfasser dieses Mal auch die epitheliale Theorie der Genese der spitzen Kondylome berücksichtigt. — Die Zahl der Figuren ist nicht unwesentlich vermehrt worden. — Wer auf dem noch so viele Probleme einschließenden Gebiet weiter arbeitet, sei auf den sicheren Führer verwiesen.

Delbanco-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Beitrag zur Salvarsanbehandlung der Syphilis, von Favento-Triest. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 41.) In 15 Monaten hat F. ungefähr 950 Fälle von Syphilis mit Salvarsan behandelt. Er zieht die intravenöse Methode mit Dosen von 0,3 bis 0,6 in alkalischer Lösung mit 15%iger Kalilauge vor. Der Salvarsaninjektion läßt er 4 bis 6 Kalomelinjektionen zu 0,1 folgen, und nach Ablauf von 2 Monaten gibt er eine zweite intravenöse Salvarsaneinspritzung. Neurorezidive kamen zwei vor, von denen das eine (Retinitis) auf Kalomel heilte, während das andere wohl wegen zu spät einsetzender Behandlung zu dauernder Taubheit führte. Eine wesentlich mildere Reaktion nach den Einspritzungen konstatierte Verf. auch, als er dabei nur ganz frisch destilliertes Wasser verwendete. Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Ed. Lesseliers. (Bull. de la soc. de méd. de Gand, 77. Jahrg., 4—5.) Salvarsan hat sich als kräftiges Antisyphilitikum bewährt, da es die Erscheinungen der Syphilis rasch zum Schwinden bringt. Von einer Heilung kann aber noch keine Rede sein, da die Beobachtungsdauer noch zu kurz ist.

Digitized by Google

Vom sozialen Standpunkt aus ist das Mittel zu begrüßen, da es den Patienten zum Krankenhausaufenthalte zwingt und die erodierten Erscheinungen rasch überhäutet, so daß die Ansteckungsgefahr bald beseitigt ist. Eine Schmierkur ist zu Hause nicht durchzuführen und erfordert einen langen Krankenhausaufenthalt. Eine ambulante Injektionskur mit Hg-Salzen nimmt dem Kranken mehr Zeit weg als die Salvarsanbehandlung im Spitale. Richard Frühwald-Leipzig.

Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von A. Bayet, B. Dujardin und J. Desueux. (Journ. de Bruxelles, 1911, S. 279.) Siehe diese Ztschr., Bd. 54, S. 262. Richard Frühwald-Leipzig.

Für die Syphilisbehandlung mit Salvarsan, von Motoi Hasegawa. (Inaug.-Diss., München, 1911.) Verf. zeigt an der Hand von zwei ausführlich geschilderten Fällen, wie außerordentlich günstig die Salvarsanbehandlung bei tertiärer und hereditärer Lues wirkt. Die intravenöse Injektion ist allen anderen Methoden vorzuziehen. Fritz Loeb-München.

Salvarsanbehandlung der Syphilis, von Georges Broustal. (Inaug.-Diss., Paris, 1911, Nr. 288.) Enthält nichts Wesentliches. Fritz Loeb-München.

Die Anwendung des Salvarsans, von J. O. Hirschfelder. (Journ. amer. med. assoc., 1911, S. 1667.) Salvarsan ist ein äußerst wirksames Antisyphilitikum, besonders in den Frühstadien. Gewöhnlich genügt eine einmalige Injektion nicht und es ist zweckmäßig, das Mittel mit Quecksilber zu kombinieren. Kontraindiziert ist es, wenn vorher andere Arsenikalien gegeben worden waren, dann bei schweren Hirn- oder Herzleiden, putrider Bronchitis, schwerem Diabetes und bei allen Erschöpfungszuständen. Richard Frühwald-Leipzig.

Einige Beobachtungen über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Rob. Duhot. (Ann. de la policlin. centr., 1911, Nr. 12.) Ausführlicher Bericht über die Erfahrungen mit Salvarsan. Die Untersuchungen führten Duhot zu der Erkenntnis, daß die sauren Lösungen des Mittels stärker wirken als die alkalischen. Ferner fand er, daß das Kochsalz allein an den unangenehmen Nebenerscheinungen der Salvarsaninjektionen schuld sei. Deshalb wendet er nun saure Lösungen in frischem destilliertem Wasser an. Er sah fast nie Fieber und keine bedrohlichen Erscheinungen. Die Methode zeichnet sich durch Einfachheit, Sicherheit und Wirksamkeit aus. Richard Frühwald-Leipzig.

Salvarsan bei Syphilis, von W. Evans-London. (Lancet, 20. Jan. 1912.) Verf. hat gute Resultate mit der Salvarsanbehandlung bei Verabreichung von Dosen von 0,4—0,6 erzielt. Es wurde teils intravenös injiziert, teils in der Weise, daß an der hinteren Achselgegend das Depot zwischen Latissimus dorsi und Serratus posticus inferior (intermuskulär) angelegt wurde, was E. als weniger schmerzerregend betrachtet. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Einige Bemerkungen zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von A. Blumenthal. (Journ. de Bruxelles, 1912, Nr. 4.) Bericht über gute Erfolge mit Salvarsan. Es ist ein ausgezeichnetes Mittel, wenn es auch nicht alle Hoffnungen erfüllt hat. Die Behandlung kann mit Quecksilber zweckmäßig kombiniert werden, doch muß man sich vor Schematisierung hüten. Richard Frühwald-Leipzig.

Betrachtungen über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Bonnet. (Lyon méd., 1912, Nr. 5.) Salvarsan ist ein außerordentlich wirksames Antisyphilitikum, auch in hartnäckigen Fällen. Doch ist es nicht die gerühmte Panazee: seine Wirksamkeit bei Parasyphilis ist zweifelhaft, die Fähigkeit den Körper zu

Digitized by Google

sterilisieren, ist nicht bewiesen und außerdem hat es schon mehrere ernste Folgen gehabt. Das Quecksilber darf deshalb noch nicht verlassen werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Lokale Infektionskrankheiten.

b. Cutis.

Das Vorkommen von Spirochäten und fusiformen Bazillen bei Rachengeschwüren (Angina Vicenti) und bei Geschwüren des Mundes und der Haut und in Lungenveränderungen (Spirochaetosis bronchialis) bei den Bewohnern der Philippinen, von Weston P. Chamberlain. (Philippine Journ., Bd. 6, Nr. 6) Innerhalb von 2 Jahren kamen in Manila 106 Fälle von Rachen- und Mundgeschwüren zur Behandlung des Verfassers. Bei 34 Patienten waren fusiforme Bazillen und Spirochäten der Vincentschen Angina reichlich nachweislich. Schourp-Danzig.

Die nicht spezifischen ulzerösen Erkrankungen der Mundrachenhöhle und Salvarsan, von Gerber-Königsberg. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 9.) Zunächst betont Verfasser, daß es durchaus inkorrekt ist, Spirochäten und Spirillen als gleichwertige Bezeichnungen zu gebrauchen, da zwischen beiden ganz charakteristische Verschiedenheiten bestehen und die Nichtbeachtung dieser Tatsache schon erhebliche Konfusion angerichtet hat. Aber auch abgesehen hiervon ist die Bakteriologie der Mund- und Rachenhöhle noch durchaus nicht geklärt. Selbst bei der Plaut-Vincentschen Angina kommen zwei Arten von Mikroorganismen in Frage, Spießbazillen und Spirochäten, die jedenfalls miteinander in keinerlei verwandtschaftlicher Beziehung stehen. Bei diesem Punkte mag erwähnt werden, daß nach G. das Methylgrün-Pyronin eine elektive Farbkraft den Bazillen gegenüber dokumentiert, die Spirochäten aber nur schwach färbt, während die Untersuchung im Dunkelfeld bei dem gleichen Präparat oft gerade umgekehrte Resultate bietet. Welcher Mikroorganismus aber der eigentlich pathogene ist, erscheint zurzeit noch durchaus nicht entscheidbar. Ferner herrscht noch Unklarheit über die Unterscheidung von Spirochaeta Vincenti, Sp. dentium und Sp. buccalis. G. führt aus, daß seiner Beobachtung die Spirochäte der ulzerösen Angina kurz, mit nur 3—5 Windungen versehen und in ihrer Form variabel ist und somit zur Kategorie der Sp. buccalis, nicht der Sp. dentium gehört. Bei weiteren Forschungen hat Verfasser nun gefunden, daß auch bei anderen Affektionen des Mundes, wie Gingivitis und Skorbut, Spirochäten in großer Zahl anzutreffen sind. Diese Befunde haben ihn bewogen, sowohl bei der Plaut-Vincentschen Angina bei zwei Fällen, wie auch bei Skorbut in einem Falle, wie er hier in den Hauptzügen beschreibt, Salvarsan zu gebrauchen, wobei er einen ganz entschiedenen Erfolg erzielte. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Anwendung der Chromsäure bei entzündlichen und geschwürigen Affektionen der Schleimhäute, von Adolphe Hénouille. (Inaug.-Dissert., Paris, 1911, Nr. 308.) Nach einem einleitenden Bericht über die Geschichte, die physiologische Wirkung und die Technik der Anwendung der Chromsäure erörtert der Verfasser ihre therapeutische Anwendung bei der gewöhnlichen septischen Polymikrobenstomatitis, bei der Stomatitis mercurialis, bei Ulzerationen dentären Ursprungs, bei Stomatitis aphthosa, sekundär-syphilitischen Ulzerationen, tertiärer Mundsyphilis, Leucoplacia buccalis, chronischer Glossitis, Pharynx-, Larynx-, Nasen-, Ohren- und Hautaffektionen. Die Hauptindikationen des Mittels sind Ulzerationen und Wucherungen der Mundschleimhaut, im besonderen rebellischer sekundär-syphilitischer Ulzerationen. Fritz Loeb-München.

Die papulo-pustulöse miliare rezidivierende Eruption im Gesicht, von Léon Zaepffel. (Thèse de Paris, 1910.) Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Konjunktivitis und Rosazea, von Axmann-Erfurt. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 52.) Anknüpfend an den Bericht von Hilbert (Münch. med. Wochenschr., Nr. 29) bemerkt Verfasser, daß eine günstige Einwirkung der Rosazeabehandlung auf eine gleichzeitig bestehende Konjunktivitis doch wohl den meisten Dermatologen geläufig sein dürfte. Er selber hat diese ihm selber aus den Unnaschen Publikationen bekannte Tatsache schon mehrfach bei der von ihm mit Vorliebe geübten Uviolbehandlung der Rosazea bestätigt gefunden; gelegentlich sei freilich eine direkte Bestrahlung der Konjunktiva nötig. Im übrigen gelange man auch mit anderen Methoden außer der Strahlenbehandlung zu ähnlichen Resultaten. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der Akne. (Riforma med., 1912, Nr. 10.) Bei eitriger Akne wird folgende Salbe empfohlen (abends aufzutragen und mit Mull zu bedecken): Ungt. glycerini 100,0, Ichthyol 10,0, Resorzin 1,0, Sulfur 4,0, Camphora 2,0, Magnes. carbon. 20,0, Aqua rosar. q. s. Bei miliarer oder papulo-miliarer Akne werden Waschungen mit 1:300 Resorzinlösung und folgende Salbe verordnet: Liniment. oleo-calcar. 20,0, Glyzerin 10,0, Lanolin 10,0, Aq. rosar. 20,0. Gunsett-Straßburg.

Pathogenese der Handphlegmonen, von L. Sanière. (Thèse de Montpellier, 1910, Nr. 91.) Fritz Loeb-München.

Lichen hypertrophicus corneus verrucosus mit Salvarsan behandelt, von J. de Azua. (Rev. clin. Madrid, 1911, Nr. 17.) Die Kranke bekam in 5 Wochen zwei intravenöse Salvarsaninjektionen von je 0,4 g. Es trat in den ersten Stunden eine lokale Reaktion mit Schwellung der Läsionen und Hitzegefühl an denselben ein. 20 Tage nach der zweiten Injektion war der Juckreiz stark vermindert, die hypertrophischen Läsionen stark geschwollen. Im Vergleich zur vorher angewandten Arsenmedikation (Fowlersche Tropfen) war das Salvarsan viel wirksamer, ohne aber eine vollständige Heilung zu bewirken. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von infektiösem Ödem bei einem Säugling, von Maillet und Gueit. (Gaz. des hôp., 1911, Nr. 84.) Es handelte sich um einen schwächlichen Säugling mit gastrointestinalen Störungen und bronchopneumonischen Läsionen, bei welchem plötzlich ein Ödem der Kopfhaut, des Nackens und des Rückens auftrat. Die Lumbalfunktion und die Autopsie zeigten, daß dasselbe auch auf die Meningen übergegangen war. Das Hautödem war entzündlich gerötet, die Temperatur betrug 38,5°. Bald trat in der Parietookzipitalgegend ein Abszeß auf, der einen staphylokokkenhaltigen Eiter entleerte, wonach das Ödem langsam abnahm. Das Ödem ist in diesem Fall zweifellos infektiösen Ursprungs, und der Verfasser glaubt, daß überhaupt viele sogenannte essentielle Säuglingsödeme auf diese Ätiologie zurückzuführen sind. Gunsett-Straßburg

Über einen Fall von Gasgangrän verursacht durch den Bienstokschen Bazillus, von G. Rocchi-Bologna. (Sperimentale, Jahrg. 65, Nr. 2.) Es handelte sich um einen Fall von Gasgangrän im Anschluß an eine Zerreißung der Poplitäalgefäße bei Luxatio anterior tibiae. Bei der bakteriologischen Untersuchung wurde ohne Zweifel der Bacillus putrificus Bienstok als Erreger festgestellt. Gunsett-Straßburg.

Die Furunkulose der Salmoniden, von Marianne Plehn-München. (Centralbl. f. Bakteriol., 1911, Bd. 60, H. 7.) Die Furunkulose der Forellen ward zum ersten Mal im J. 1894 von Emmerich und Weibel ordentlich studiert und seitdem diese höchst gefährliche, durch ein wohl charakterisiertes Bakterium verursachte Infektionskrankheit in vereinzelten Fällen jedes Jahr beobachtet, jedoch immer nur aus Zuchtanstalten. Im Jahre 1909 wurden aber eine große Reihe von Furunkulosefällen aus freien Wässern gemeldet (in etwa 25 bayrischen Flüssen und Bächen), und hat dieses Fischsterben in den folgenden Jahren eher noch an Ausbreitung gewonnen. Diese neue Furunkulose

Digitized by Google

blieb auch nicht auf Bachforellen und Bachsaiblinge beschränkt, Äschen, Seesaiblinge wurden ebenso, vereinzelt auch Huchen und Regenbogenforellen befallen, so daß nicht mehr daran zu zweifeln ist, daß die verschiedensten Fischarten von Furunkulose betroffen werden können, wenngleich nach wie vor die Salmoniden als die gefährdetsten anzusehen sind. Bei den Infektionsversuchen, welche Verf. (mit Injektionen, Fütterung usw.) anstellte, zeigte es sich, daß anscheinend gesunde Bakterienträger anderen Fischen die Krankheit mitteilen können. Die Züchtung auf künstlichem Nährboden ergab, daß das neue Bact. salmonicida sich nur in wenigen Punkten von dem alten Emmerichschen unterscheidet. Höchst wahrscheinlich handelt es sich um einen durch seine Variabilität besonders merkwürdigen Mikroorganismus, der auch durch seine weite Verbreitung — in der alten und neuen Welt — Interesse verdient, in Amerika ist er bis jetzt nur bei Zuchtfischen bekannt geworden, während bei uns die letzten Jahre ihn als auch im Wildwasser gefährlichen Schmarotzer kennen gelehrt haben. Stern-München.

Furunkulose als Todesursache, von Louis J. Harris-New York. (New York med. Journ., 11. Nov. 1911.) Nach Anführung einiger Fälle aus der Literatur, wo als direkte Folge von Furunkeln allgemeine Sepsis (Septikämie) und Tod eintrat, beschreibt H. einen selbst beobachteten Fall, wo bei einem 22jährigen Patienten infolge eines gewöhnlichen, nicht besonders großen Furunkels am Nacken schwere Erscheinungen von Sepsis und nach vier Tagen der Tod eintrat. Stern-München.

Die Behandlung der Furunkulose mit Bakterienvakzine bei Kindern, von C. L. McDonald-Cleveland. (Arch. of Pediatrics, Sept. 1911.) Verf. hatte sehr gute Erfolge; er berichtet folgenden Fall: bei einem einjähr. Mädchen, das er ungefähr einen Monat nach der Infektion zu sehen bekam, war der ganze Körper mit nußgroßen Furunkeln bedeckt, von denen viele schon geöffnet worden waren und reichlich absonderten. Temperatur 39°, Atmung oberflächlich und beschleunigt, anscheinend septische Pneumonie. In den Furunkeln ließ sich kulturell Staphylococcus aureus nachweisen; aus der Kultur wurde eine Vakzine hergestellt und 25 Millionen Bakterien als erste Dosis injiziert. Nach sieben Tagen auffällige Besserung, auch im Allgemeinbefinden, mit normaler Temperatur. Alle sieben Tage wurde die Injektion mit erhöhter Dosis vorgenommen. Nach der vierten und letzten Dosis (100 Millionen Staphylokokken) waren alle Furunkel verschwunden, und das Kind genas. W. Lehmann-Stettin.

Die frühzeitige Exzision von Furunkeln, von J. Cropper-Chepstow. (Brit. med. Journ., 17. Febr. 1912.) Nach den Erfahrungen, welche Verf. zum Teil am eigenen Körper gesammelt hat, gibt die alsbaldige Exzision der Furunkel die besten Resultate. Nach Vereisung mit Äthylchlorid umschneidet man mit einem scharfen Messer (Graefesches Kataraktmesser) den Herd in der Ausdehnung einer Erbse, eventuell eines Kreises von 0,6 cm Durchmesser und präpariert die Haut in ihrer ganzen Dicke durch sägende Bewegungen heraus. Ein lebhafteres Bluten begünstigt Verfasser noch durch warmes Baden und appliziert dann einen beliebigen antiseptischen Verband. Die sofortige Beseitigung der Schmerzen wird noch besonders lobend hervorgehoben.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Progressiver Furunkel durch Formal zum Stillstande gebracht, von Sereins-Ymonville. (Bull. med., 1912, S. 86.) Ein Furunkel des Nackens griff trotz wiederholter Operation fortwährend weiter. Schließlich injizierte Verfasser Formal an die Infiltrationsgrenze und konnte die Progression aufhalten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Klinik und Therapie des Furunkels und der Furunkulose, von Weidenfeld-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1911, Nr. 49.) Verfasser gibt eine allgemeine Übersicht über die Ätiologie der Furunkel und würdigt dieselben einer eingehenden

Digitized by Google

Therapie, wobei er besonders auf die elektrolytische Behandlung nach seiner Methode hinweist. Im allgemeinen nichts Neues.

Furunkel, Furunkulose und deren Behandlung, von G. Riehl. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 1.) Das Wichtigste bei der Behandlung ist die Prophylaxe, die Verhinderung der Entstehung neuer Furunkel durch Aussaat der Staphylokokken vom ersten Infektionsherd aus: zu diesem Zwecke sind Waschungen und Bäder so lange Zeit als kontraindiziert zu bezeichnen, als noch irgend ein offener Furunkel am Körper besteht. Gegen den auf der Oberfläche verteilten Furunkeleiter empfehlen sich beim Verbandwechsel Waschungen der Umgebung mit Alkohol oder Pinselungen mit Jodtinktur. Gegen Organismen, die zwischen den Hornzellenlagen eingedrungen sind, werden mit Vorteil die Schälmittel verwendet.

Die Vakzinebehandlung hat nach R. die theoretisch supponierte Wirkung praktisch keineswegs erreicht. Überhaupt verfügt die interne Behandlung über kein Spezifikum gegen die Furunkulose und kann nur in einzelnen Fällen als Adjuvans Dienste leisten. (Hefepräparate usw.) W. Lehmann-Stettin.

Rationelle Behandlung des Furunkels, von Penn G. Skillern-Philadelphia. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 57, Nr. 12.) Nichts Neues. Schourp-Danzig.

Behandlung des Furunkels, von H. Viry. (Journ. des pratic., 1911, Nr. 44.) Verfasser wendet seit einigen Jahren folgendes Verfahren bei der Behandlung der Furunkulose an. Im ersten, dem Irritationsstadium Stauung, im Kongestionstadium Quecksilbersalbe, die die Schmerzen lindert und die Entzündung einschränkt. Dieselbe wird auch im Suppurationsstadium angewandt und kann eventuell durch eine Inzision unterstützt werden. Wenn der nekrotische Propf sich abstößt, ist Ansaugung die Methode der Wahl. Im Stadium der Heilung kommen Waschungen mit H_2O_2 und später Pflaster in Betracht. Es ist aber außerordentlich wichtig, gleichzeitig die Weiterverbreitung der Staphylokokken zu verhindern. Dies geschieht durch Reinigung der Umgebung mit Alkohol, durch häufige Douschen und Bäder und durch häufiges Wechseln von Kleidern und Wäsche, sowie Desinfektion beider durch Karbolwasser.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Behandlung der Gehörgangsfurunkel, von Imhofer-Prag. (Ther. Monatsh., Juni 1911.) Es wird die Behandlung mit einem Saugapparat, welcher aus einem am einen Ende geschlossenen Glasrohr mit seitlicher Öffnung besteht, empfohlen.

Arthur Schucht-Danzig.

Pemphigus vegetans und ein Fall mit Salvarsan geheilt, von Gitlja Jochelsohn. (Inaug.-Dissert., Straßburg, 1911.) Der Titel, soweit er in seiner „geschickten" Abfassung verständlich ist, sagt, was die Arbeit bemerkenswert macht. Dazu kommt eine tabellarische Zusammenstellung von 101 Fällen von Pemphigus vegetans aus der Literatur bis 1911. Fritz Loeb-München.

Gangrän des Beines im Anschluß an Diphtherie, von H. Kramer-Piquetburg. (Brit. med. Journ., 2. Sept. 1911.) Verfasser berichtet über ein 11jähriges Mädchen, welches während der Genesung von diphtherischer Angina ein Geschwür am Fuß akquirierte und darauf Gangrän des Unterschenkels, so daß 14 Tage später die Amputation oberhalb des Knies (erfolgreich) ausgeführt werden mußte. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Kenntnis der Hautdiphtherie, von Ad. Reinhard-Frankfurt a. M. (Virchows Arch., Bd. 205, Heft 3.) Fall eines neunmonatigen Kindes mit Diphtheriebazillen auf den Schleimhäuten der Nase, des Pharynx, der Tonsillen, des Kehlkopfes, der Trachea, der großen Bronchen, auf der Konjunktiva und in multiplen Infiltraten, Nekrosen und Geschwüren der Haut. Aus dem bakteriologischen Befund, der histologischen Beschaffen-

Digitized by Google

heit der Hautaffektionen und aus dem Tierversuch beweist der Verfasser, daß die ätiologische Ursache der Hautprozesse der Diphtheriebazillus war. Schourp-Danzig.

Über Leucosarcomatosis cutis, von Buschke und Hirschfeld. (Folia haematol., Bd. 12, 1911.) Der Verlauf des merkwürdigen Krankheitsbildes war kurz folgender: Bei einem 22jährigen jungen Mädchen, das schon längere Zeit an einem doppelseitigen tuberkulösen Spitzenkatarrh litt, entwickelten sich etwa acht Tage nach der letzten Spritze einer Tuberkulinkur auf der Haut des ganzen Körpers kirschkern- bis pflaumengroße Tumoren. Der Blutbefund war längere Zeit ein normaler. In diesen Tumoren wurden sehr bald durch Punktion eigenartige lymphozytäre Zellen nachgewiesen. Der Beginn der Hauteruption war Mitte Juli 1910. Am 22. Oktober desselben Jahres wurden zum ersten Male diese Tumorzellen im Blut gefunden, und zwar bereits in einem prozentualen Verhältnis von ca. 29%. Bereits am 6. September erweckte die Röntgenuntersuchung den Verdacht, daß in den Unterarmknochen Metastasen vorhanden waren. Am 29. Oktober bestanden fast alle Leukozyten aus diesen eigenartigen Zellen, desgleichen am 31. Oktober, an welchem Tage die Gesamtleukozytenzahl 33000 betrug. Gleichzeitig war der Hämoglobingehalt auf 50% gesunken und die Zahl der roten Blutkörperchen auf 1860000. Unter zunehmender Kachexie trat der Tod ein, nachdem die Hauttumoren durch Röntgenstrahlen und Arsenbehandlung erheblich zurückgegangen waren.

Nach diesen Befunden kann kein Zweifel bestehen, daß sich bei der Patientin zu dem bestehenden Hautleiden eine Blutveränderung hinzugesellt hatte, die als leukämische bezeichnet werden muß, und daß die ursprünglich nur in den Tumoren vorhanden gewesenen leukozytären Elemente schließlich in den allgemeinen Kreislauf gelangt sind und allmählich das Blut völlig überschwemmt haben, so daß schließlich andere Leukozytenformen so gut wie ganz fehlten.

Nach dem makroskopischen und mikroskopischen Befund kann es keinem Zweifel unterliegen, daß es sich um eine Sarkomatose handelte, nicht um ein Rundzellensarkom gewöhnlicher Art, sondern ein Sarkom, das aus eigenartigen leukozytären Elementen, die in ihrem Habitus den jetzt sogenannten Lymphoidozyten nahestehen, zusammengesetzt ist. Da klinisch die Hautaffektion im Vordergrunde steht, halten Verfasser es für richtig, diese Fälle als Leukosarkomatose der Haut zu führen. Haas-Hamburg.

Verschiedenes.

Der nächste **internationale Dermatologen-Kongreß** soll im August 1915 in Kopenhagen stattfinden (Präsident Pontoppidan, Generalsekretär Ehlers), verbunden mit Exkursionen nach Christiania und Stockholm.

Der nächste Kongreß der **Deutschen Gesellschaft für Urologie** findet im Oktober 1913 in Berlin statt.

Dr. Carl Alexander in Breslau erhielt den Titel Sanitätsrat.

Dr. Ludwig Thumim-Berlin, namhafter Vertreter der gynäkologischen Urologie, ist gestorben.

Mit der Vertretung der vakanten dermatologischen Lehrkanzel zu Cagliari wurde Priv.-Doz. Dr. Alberto Serra betraut.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

8. Juni 1912 | Nr. 23 | Band 54

Aus dem St. Ludwig-Hospital in Turin.

Über den sogenannten Lichen albus von Zumbusch[1]).

Von

Privatdozent Karl Vignolo-Lutati.

(Mit 4 Abbildungen.)

Zumbusch hat 1906 unter dem Namen Lichen albus einen besonderen Fall beschrieben, welchen er auf Grund einiger klinischer und histologischer Charaktere für etwas verschieden von dem Bilde der gewöhnlichen typischen Dermatosen hielt.

Die Beobachtung Zumbuschs bezog sich auf eine 51jährige nichtluetische, nervös veranlagte Frau, bei welcher seit 4 Jahren eine von mehr oder minder heftigen Juckreizparoxysmen begleitete Dermatose aufgetreten war. Diese Dermatose mit langsamem Verlauf hatte sich nach und nach ausgebreitet und vorzugsweise die Gegenden der Schultern und der Arme und die Beugeflächen der Vorderarme befallen; sie bestand morphologisch aus rosigen papulösen Elementen, mit glatter glänzender Oberfläche, aus kleinen hirsekornartigen rundlichen oder polygonalen und aus solchen Elementen, die durch peripheres Wachstum die Größe eines Nagels erreicht hatten; zum Teil handelte es sich hingegen um große polyzyklische Flecke. Die größeren Flecke hatten im zentralen Teil eine große porzellanartige weiße Farbe, während der Randteil dieselbe Farbe und denselben Glanz zeigten wie die isolierten papulösen Elemente. Auf der glänzenden weißen glatten Oberfläche einiger großen Flecken des Nackens und der Schultern beobachtete man punktförmige Einkerbungen oder komedonenartige Erhabenheiten aus Horngewebe. In der Nähe unveränderter Herde konnte man alle verschiedenen Stadien der regressiven Bewegung sowohl der isolierten Papeln wie der verschiedenen Flecken treffen. „Alle Stadien der Rückbildung sind zu sehen." Sowohl die Papeln wie die großen Flecken erfahren eine ähnliche Umwandlung: der häufigste Ausgang war die Pigmentierung; diese verschwand ohne Spuren zurückzulassen, oder es blieb eine leichte Atrophie zurück. Durch seine morphologischen und klinischen Charaktere erinnerte diese Dermatose besonders an den Lichen planus. Um sie aber von diesem zu differenzieren, führte Zumbusch den Umstand an,

[1]) Vortrag, gehalten in der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilologie (Versammlung, 19. Dez. 1911, Rom).

Digitized by Google

daß in den großen, durch Konfluenz kleiner Papeln entstandenen Effloreszenzen auf der glatten Fläche jene mosaikartige Anordnung fehlte, welche die Koaleszenz der einzelnen Papeln das Lichen planus zu Flecken charakterisiert, und welche man auch bei der sklerotisch-atrophischen Varietät antrifft.

Andererseits konnte auch der histologische Befund nach ZUMBUSCH nicht im Sinne eines Lichen planus gedeutet werden. Die epidermischen Veränderungen waren wenig ausgesprochen; es bestand eine geringe Verdickung der Hornschicht und der körnigen Schicht, kein Zeichen von Akantosis; spärliches Ödem des MALPIGHIschen Retikulums; kein Zeichen von Exozytose. In den oberflächlichen Schichten des Dermas war kein entzündliches Infiltrat nachweisbar wie beim Lichen planus, sondern es bestand eine Zone aus homogenem, aufgequollenem Bindegewebe, von welcher das elastische Gewebe verschwunden war; diese homogene Zone berührte mit ihrer oberen flachen Oberfläche die Basalschicht der Epidermis ohne Zapfen, während sie mit der unteren konvexen Fläche an der tiefsten Stelle die mittleren Schichten des Dermas erreichte, und war umgeben von einer besonders an den Seiten, d. h. an der den Rändern der papulösen Effloreszenz entsprechenden Stellen, dichten Infiltration.

Gegen die Deutung, welche ZUMBUSCH diesem Falle gegeben hat, haben jedoch mehrere Verfasser eine interessante Kritik erhoben.

Um einen Beitrag zur Erörterung der nosologischen Auffassung dieses Lichen albus zu liefern, will ich über die Resultate einiger meiner besonderen klinischen und histologischen Untersuchungen berichten.

C. U., 33 Jahre alt, aus Pavia, Eisenbahnbeamter. Der Vater lebt. Die Mutter starb an einem Gebärmutterkrebs. Eine Schwester starb 33jährig an einem Herzleiden. Pat. hat in seiner Kindheit und Jugend keine bemerkenswerte Krankheit durchgemacht. Er hat 3 Jahre lang gedient. Keine Lues noch sonstige Geschlechtskrankheiten. Nach dem Militärdienst hatte er einen Anfall von Malariafieber, welches sich nicht wiederholte. 1905 heiratete er; seine Frau ist lebend und gesund und hat ihm drei Kinder geboren, von denen das erste während der expulsiven Periode der Geburt an Asphixie starb. Pat. hat einen nervösen, leicht erregbaren Charakter.

Ein Jahr bevor er sich in unserem Ambulatorium vorstellte, fing Pat. an, über Anfälle von ziemlich starken Juckreiz an verschiedenen Körpergegenden und besonders an dem unteren Teil der Vorderarme, an der Beugefläche in der Nähe des Radiokarpalgelenkes und an den Außenflächen der Schenkel zu klagen; seit 3 Monaten soll der Juckreiz auch in der Gegend des Skrotums und des Penis aufgetreten sein. Bei meiner ersten Untersuchung beobachtete man einige braune Pigmentierungen auf den äußeren Flächen der Schenkel; es waren dies kleine, rundliche, zerstreute oder in zur Achse des Schenkels parallelen Strichen angeordnete Pigmentierungen, welche den Ausgang früherer Effloreszenzen bezeugten, deren objektive Charaktere nicht anzugeben wußte. Es lag jedoch die Annahme nahe, daß es sich um ähnliche Effloreszenzen gehandelt hatte wie diejenigen, welche in der unteren Gegend der Vorderarme in vollem Entwicklungsstadium bestanden: hier beobachtete man nämlich kleine hirsekorn- oder linsengroße, zum Teil vereinzelt stehende, zum Teil zu Flecken mit polyzyklischen Konturen kon-

Digitized by Google

fluierende papulöse Elemente. Die isolierten rundlichen oder polygonalen Elemente erwiesen sich bei streichender Betastung etwas über der Hautoberfläche erhaben und zeigten, zwischen zwei Fingern betastet, eine gewisse Konsistenz. Alle hatten eine glatte, flache, glänzende Oberfläche; einige hatten eine wachsartig rosige Farbe, andere eine porzellanartig weiße Farbe mit kleinen zentralen punktförmigen Eindrückungen: die größeren polyzyklischen Flecken hatten eine glänzende, porzellanweiße Oberfläche, besonders im zentralen Teile, während der leicht erhabene, etwas rosigere Rand gegen die umgebende gesunde Haut scharf abgegrenzt war: sie hatten eine fast pergamentartige Konsistenz und hoben sich in ihrer Gesamtheit leicht über die umgebenden Gewebe empor, ihre Oberfläche zeigte ferner die bekannten Charakteristika der Flecken von Lichen planus, d. h. kleine komedonenartige hornige Erhabenheiten oder kleine punktförmige Vertiefungen, und war von kleinen sich kreuzenden Furchen durchzogen, so daß das Ganze das Aussehen einer Carrelage annahm, welche die Konfluenzlinien verschiedener papulöser Elemente anzeigte. Keine Spur von Desquamation; zwischen den noch gut entwickelten papulösen Elementen konnte man kleine braune Pigmentierungen beobachten, welche den Ausgang früherer papulöser Elemente darstellten.

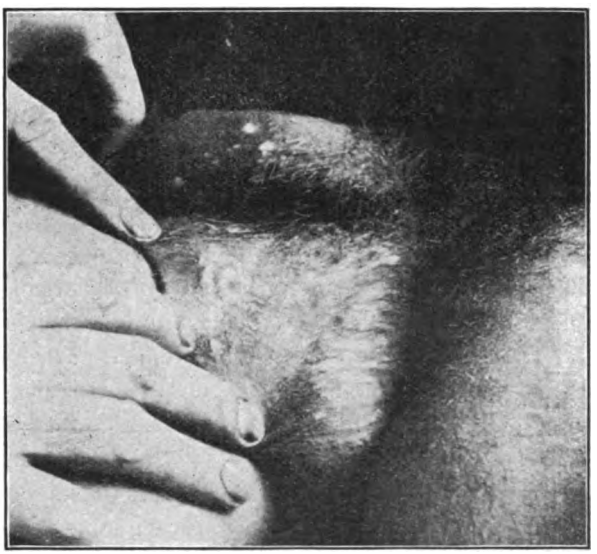


Fig. 1.

Auf der Haut des Penis und des Skrotums nahm die Dermatose ein sonderartigeres Aussehen an (vgl. Photographie 1). Auch hier fand man sowohl vereinzelt stehende hirsekorngroße wie zu polyzyklischen Flecken zusammenfließende Elemente: die isolierten rundlichen oder polygonalen Elemente mit glatter glänzender Oberfläche hatten eine gleichmäßige weiße Farbe, welche gegen die pigmentierte Haut des Präputiums und des Skrotums scharf hervortrat: keine Spur von erythematösen Punkten, selbst an der Peripherie der kleinen Papeln, welche durch streichende Betastung der Hautoberfläche kaum zu zählen waren. Wenn man die Haut des Skrotums ausbreitete, so beobachtete man neben den beschriebenen isolierten Elementen drei Flecken von verschiedener Größe und polyzyklischer Form: einer dieser Flecken war in seiner ganzen Ausdehnung etwas eingesunken; die beiden übrigen waren an den Rändern noch etwas erhaben, im zentralen Teile hingegen leicht eingesunken. Diese Flecken zeigten keine erythematöse, noch abgeschuppte oder pigmentierte Stelle, sondern hatten eine gleichmäßige porzellanartige weiße Farbe und einen ähnlichen Glanz wie die einzelnen Elemente: ihre Oberfläche zeigte, mit einer Lupe untersucht, hier und da mehr oder minder deutlich sichtbar punktförmige Vertiefungen und einzelne kleine komedonenartige Erhaben-

Digitized by Google

heiten, dagegen keine sichtbaren Spuren von dem bei den Flecken der Vorderarme beobachteten Carrelage.

Bei der Betastung zwischen zwei Fingerspitzen zeigten diese Flecken am Skrotum die Konsistenz eines dünnen Pergaments; sie schmerzten nicht, ihre Berührung rief aber zuweilen einen kurzdauernden Anfall von mittelmäßig intensivem Juckreiz hervor. Trotz dem Fehlen der Carrelage, war aus der Anwesenheit einzelner kleiner isolierter Papeln in der Nähe der Umrisse der Flecken und aus dem buchtigen Charakter dieser Umrisse, welche bei zwei der Flecken auch etwas erhaben waren, leicht zu entnehmen, daß die Flecken ebenso wie diejenigen der Vorderarme durch das Zusammenfließen verschiedener kleinerer Elemente entstanden waren. Das Eingesunkensein des zentralen Teiles zweier Flecken konnte darauf beruhen, daß der zentrale Teil derselben, da er aus zusammengeflossenen älteren Elementen bestand, sich in einem vorgeschrittenen Resolutionsstadium befand, welches neigte, sich durch eine leichte Atrophie kundzugeben, welche in dem dritten gleichmäßig ein gesunkenen Flecke schon eine vollständigere war.

Die klinischen und morphologischen Merkmale der Dermatose der Vorderarme gestatteten eine sichere Diagnose auf Lichen planus, und es lag nahe, in derselben Weise die zu gleicher Zeit bestehenden Effloreszenzen der Haut des Penis und des Skrotums zu deuten, wo die ausgesprochenere Tendenz zu einem Übergang zur Atrophie für die Diagnose auf Lichen planus atrophicus sprachen.

In Anbetracht jedoch der weißen Farbe aller Effloreszenzen der Penis- und Skrotumhaut und des Fehlens jener mosaikartigen Anordnung, welche ein konstantes Charakteristikum der Oberfläche der Lichen planus-Flecken, und zwar auch bei seiner atrophischen Varietät, darstellen sollte, und ferner in Anbetracht des Umstandes, daß Zumbusch durch einen solchen Befund veranlaßt wurde, seinen Fall von dem gewöhnlichen Lichen planus zu sondern, hielt ich es für zweckmäßig, in meinem Falle einige histologische Untersuchungen auszuführen und dabei meine Aufmerksamkeit auf verschiedene progressive und regressive Stadien des Prozesses zu wenden.

Ich habe infolgedessen zuerst zwei kleine isolierte, seit kurzem aufgetretene Elemente aus der Haut des Penis (a), resp. des Skrotums (b) und dann ein drittes etwas größeres, also älteres papulöses Element (c) aus der Nachbarschaft einer der großen Flecken am Skrotum und schließlich ein Stück (d) des ältesten weißen, gleichmäßig eingesunkenen Fleckes, und zwar in der Nähe des Randes des Fleckes, zusammen mit einer Portion der benachbarten gesunden Haut exzidiert und untersucht.

Da der histologische Befund bei den beiden jüngeren Papeln (a, b) fast identisch war, will ich eine Gesamtbeschreibung geben (Mikrophotographie 2).

Digitized by Google

Unter geringer Vergrößerung erscheint die Epidermis stark verdickt; bei einer stärkeren Verdickung kann man aber wahrnehmen, daß diese Verdickung auf einem intensiven Ödem beruht, welches die Struktur der Oberhaut tiefgehend gestört hat. Das Epidermisband erscheint nämlich in zwei Hälften geteilt durch einen breiten Spalt, welcher von Streifen von Malpighischen Zellen durchzogen ist, welche, von dem unteren Rande der weniger alterierten oberen Epidermishälfte ausgehend, mit unregelmäßigem schrägem Verlauf den oberen Rand der unteren Epidermishälfte erreichen, welche die ausgesprochensten Erscheinungen seröser Durchtränkung aufweisen. Das durch eine entzündliche seröse Exsudation

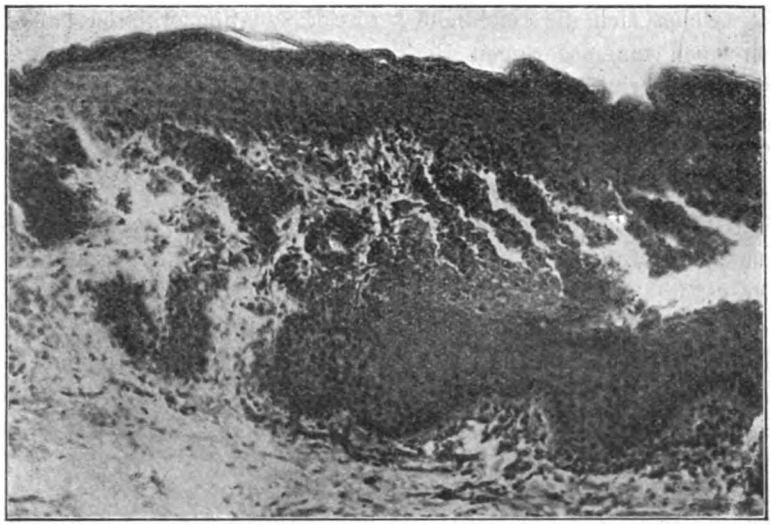


Fig. 2.

aus den oberen Schichten des Dermas entstandene intrazellulare und interzellare Ödem hat die zellularen Elemente der tieferen Schichten der Epidermis verworren; in anderen Worten, die Exoserosis bedingte eine ausgedehnte Akantholysis und eine trübe Schwellung der Mehrzahl der epidermischen Zellen der tiefsten Malpighischen Reihen, wo man alle verschiedenen Phasen der kavitären Alteration treffen kann. Die dermo-epidermische Grenze erscheint jedoch noch buchtig, weil die interpapillären Zapfen und somit die Papillen noch erhalten, wenn auch deformiert sind: längs der dermo-epidermischen Linie sind hier und da infolge der reichlichen serösen Durchtränkung vakuolenartige Trennungen entstanden. Die obere Hälfte der Epidermis wird durch die Alteration der unterliegenden Schichten ebenfalls, jedoch in geringerem Grade beeinflußt; sie

Digitized by Google

ist in ihrem unteren, d. h. dem breiten intraepidermalen Spalt näheren Schichten nur wenig verändert; nur an einzelnen Stellen kann man einige Zeichen eines Ödems zwischen den tieferen Platten der Hornschicht beobachten; diese ist jedoch an ihrer Oberfläche unversehrt und resistent, ohne Spuren von Kerner. Die oberflächlichen Schichten des Dermas zeigen ebenfalls sehr deutliche Alterationen.

In den etwas geschwollenen Papillen sind die Kapillaren enorm erweitert und leer, ebenso wie die Gefäße des subpapillaren Dermas; hier und da beobachtet man mehr oder minder weite lymphatische Lakunen. Die Infiltrierung des Dermas ist jedoch noch spärlich und nimmt besonders die subepidermische Zone ein. Dieses hyperämische Moment, durch welches sich die reichliche seröse Exsudation erklären läßt, bringt jedoch noch einen geringen Beitrag von hämatogenen Elementen zum spärlichen Infiltrat: in den Papillen besteht die Infiltrierung noch vorwiegend aus Zellen des bindegewebigen Typus, d. h. aus jungen, neugebildeten, rundlichen oder spindelförmigen Zellen mit großem hellen Kern.

Dieser histologische Befund erklärt genügend die morphologische Objektivität der Effloreszenzen. Die Effloreszenz ragt, sei es infolge der ödematösen aufgequollenen Epidermis, sei es infolge des dermischen Infiltrates, über dem Niveau der gesunden Haut in Form einer Erhabenheit mit glatter, glänzender, weißer Oberfläche empor; diese weiße Farbe ist dadurch, daß die Keimschicht, wo normalerweise das Pigment seinen Sitz hat, durch die seröse Durchtränkung stark verändert ist, und dadurch bedingt, daß infolge der großen intraepidermalen Spalte auch der hyperämische Dermateil entfernt von der Epidermisoberfläche zu liegen kommt, welche ferner bereits etwas hyperkeratotisch ist. Die seröse Exsudation dehnt sich auch etwas jenseits der peripheren Grenzen der emporragenden Zone aus, und hierdurch erklärt sich auch das Fehlen eines erythematösen Vorhofes rings um den kleinen weißen Effloreszenzen.

Die histologische Untersuchung des dritten papulösen Elementes (c) kündigt bereits bei geringer Vergrößerung eine vorgeschrittenere Entwicklung als wir sie bei den beiden vorigen Elementen sahen. Die durch die intensivere seröse Exsudation des ersten Stadiums bedingten Erscheinungen sind hier (Mikrophotographie 3) infolge eines Resorptionsprozesses, welcher auch die am meisten von der trüben Schwellung befallenen epidermischen Elemente interessiert haben muß, bereits größtenteils verschwunden. Die Hornschicht erscheint verdickt und kompakt ohne Spur von Kernen; die hornige Schicht ist deutlich sichtbar; das Malpighische Netzwerk erscheint verdünnt und ohne Zapfen; die dermoepidermische flache Linie ist unregelmäßig von der unterliegenden dichten dermischen Zelleninfiltrierung befallen, welche zwischen die tieferen

Digitized by Google

Malpighischen Zellen empordringt und diese entstaltet. Diese besonders unter der Epidermis ausgesprochene dermische Infiltrierung erreicht unten den oberflächlichsten Teil des retikulären Dermas; sie ist derartig kompakt und dicht, daß die dermischen Bindegewebsbündel gänzlich verschwunden zu sein scheinen; sie ist ferner in ihrem unteren Gebiete so scharf umschrieben, daß sie die Form einer unten konvexen Scheibe annimmt, welche in ihrer Gesamtheit unter geringer Vergrößerung das Aussehen einer subepidermalen Neoplasie aufweist. Unter stärkerer Vergrößerung sieht man, wie von dem unteren Rande dieser Infiltrierung, welche die wirkliche histologische Basis der papulösen Erhabenheit dar-

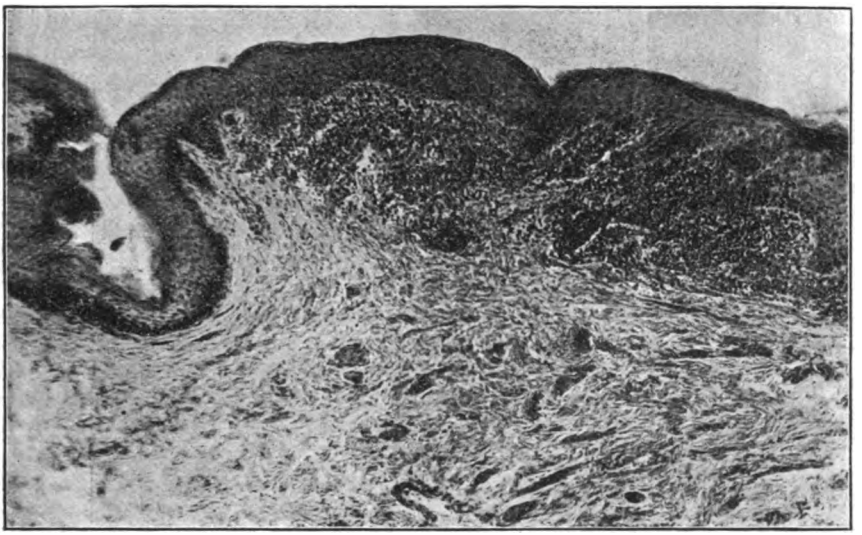


Fig. 3.

stellt, kleine Zellenstreifen ausgehen, welche, den Blutgefäßen entlang verlaufend, zuweilen das tiefste Derma erreichen. Diese Infiltrierung besteht aus Elementen histiogener Natur (Bindegewebs-, lymphozytoide und leukozytoide Zellen) und aus hämatogenen, d. h. von den Gefäßen ausgewanderten Elementen (Lymphozyten, einkernige Leukozyten); es sind weder Mastzellen noch Plasmazellen nachweisbar. Das elastische Gewebe hat im Gebiete des Infiltrates eine wenig ausgesprochene Tingibilität und fehlt an einigen Stellen oder ist auf dünne Fibrillen reduziert; die degenerative Reaktion des Elacins ist nicht nachweisbar.

Die histologische Untersuchung des am Rande des schwach eingesunkenen Fleckes des Skrotums exzidierten Stückes (d) fördert einen interessanten Gegensatz zwischen der erkrankten und der benachbarten

Digitized by Google

gesunden Zone zutage. Die in ihrer Gesamtheit verdünnte Epidermis der eingesunkenen Zone ist hyperkeratotisch ohne Spuren von Kernen in der kompakten Hornschicht; die körnchenreiche hornige Schicht ist auf eine einzige Schicht reduziert; das Malpighische Netzwerk ist dünn und ohne Zapfen; die dermo-epidermische Linie ist abgeflacht. Die dermische Zelleninfiltration ist verschwunden; man beobachtet hier homogene sklerotische Modifizierungen des Bindegewebes der oberflächlichsten Dermaportion; hier erscheint das kompakte fibröse Bindegewebe ohne Spuren von Pigment, arm an Gefäßen und an Zellen, welche letztere meistens eine spindelförmige Gestalt haben; im Vergleich zur gesunden

Fig. 4.

Zone ist das elastische Gewebe in der homogenen sklerotischen Zone (Mikrophotographie 4) größtenteils verschwunden; nur in der Nähe der dermo-epidermischen Grenze bleibt ein Netzwerk aus dünnen zarten Fibrillen übrig, welche eine normale Tingibilität aufweisen. Im mittleren und tiefen Derma findet man zahlreiche Bündelchen glatter Muskelfasern zerstreut zwischen einem kollagenen und elastischen Gewebe, wo keine Veränderungen nachweisbar sind. In den untersuchten Schnitten konnte ich keine Spuren von Drüsenorganen nachweisen; nur an der Grenze der gesunden Haut fand ich eine etwas hyperkeratotische Follikelmündung.

Die Ergebnisse der beschriebenen histologischen Befunde bestätigen das, was man aus der klinischen Untersuchung folgern konnte: die Efloreszenzen der Haut des Penis und des Skrotums zeigen die dermalen

Digitized by Google

und epidermalen Alterationen, welche charakteristisch sind für einen Lichen planus, welcher bei seiner Heilung in einigen Flecken die besonderen Merkmale einer atrophisch-sklerotischen Varietät annahm.

Um andererseits das Fehlen der mosaikartigen Anordnung der Oberfläche der Flecken zu erklären, muß man, da man nicht annehmen kann, daß diese Flecken durch exzentrisches Wachstum einer kleinen Papel entstanden seien, und sie als das Produkt des Zusammenfließens mehrerer Papeln deuten muß, die Annahme als wahrscheinlich betrachten, daß in einigen Fällen infolge einer vorgeschritteneren Sklerose eine vollständigere und kompaktere Zusammenschmelzung der Ränder der einzelnen Effloreszenzen erfolge.

Die histologischen Befunde haben ferner eine genügende Erklärung der morphologischen Objektivität der Weiß der Effloreszenzen in den verschiedenen Momenten ihres aszendierenden und deszendierenden Verlaufes geliefert. Die Farbe der Papel stellt beim Lichen planus keine wesentliche Bedingung dar; die Bezeichnung „ruber", mit welcher einige Verfasser seine diagnostische Benennung vervollständigen wollen, kann heute nicht mehr einen notwendigen Charakter darstellen, wenigstens wenn man bedenkt, daß mit Ausnahme des R. Crockerschen Lichen planus erythematosus die typische Papel des Lichen planus, wie auch Brocq behauptet „est habituellement d'un rouge clair, un peu bistré" und „parfois jaunatre et comme décolorée" ist. Wir müssen ferner, auch abgesehen von dem von Hallopeau beschriebenen Lichen achromique tubereux, daran denken, daß bei der sklerotisch-atrophischen Varietät des Lichen planus der Begriff einer Atrophie notwendigerweise auch den Begriff einer Achromie einschließt, gerade aus diesem Grunde haben Hallopeau und Hoffmann bei ihren Betrachtungen über den Lichen planus atrophicus den sogenannten Lichen albus von Zumbusch herangezogen.

In dem Hoffmannschen Falle von Lichen sclerosus erschienen einige Effloreszenzen wie kleine, etwas erhabene, perlmutterweise Scheiben ohne erythematösem Vorhof und erreichten höchstens die Größe einer Erbse, während andere Effloreszenzen weiß, aber leicht eingesunken waren; die Oberfläche der papulösen Effloreszenzen war glatt, mit kleinen punktförmigen Vertiefungen. Histologisch war die Hornschicht verdickt, das Malpighische Retikulum verdünnt; es fehlten die Papillen; an der Grenze zwischen Derma und Epidermis bestanden einige Lakunen; das Bindegewebe der oberflächlichen Dermalagen war dicht, sklerotisch, zellenarm, mit wenigen Gefäßen und erweiterten Lymphräumen; das elastische Gewebe war verdünnt. An der Basis und an der Peripherie dieser sklerotischen Zone bestand, ebenso wie bei den Befunden von Zumbusch, eine Anhäufung von Rundzellen.

Hallopeau sagte seinerseits im April 1907 in der französischen dermatologischen Gesellschaft: „Nous sommes convaincu que le très remarquable étude de M. v. Zumbusch se rapporte à un beau type de la forme scléreuse du lichen de Wilson; il est donc inutile de créer pour la designer cette nouvelle denomination de lichen blanc, d'autant mieux

Digitized by Google

qu'elle n'est pas rigoureusement exacte, puisque les élements peuvent être au debut d'un rouge vif."

Während dann im Juni 1908 HOFFMANN in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft sich überzeugt erklärte, daß der Lichen albus von ZUMBUSCH auch histologisch seinem bei dem internationalen Kongreß in Berlin 1904 mitgeteiltem Fall von Lichen sclerosus ähnlich war, betonte JADASSOHN in demselben Jahre in einem Bericht über dieselbe Beobachtung von ZUMBUSCH die Ähnlichkeit des Lichen albus mit gewissen Fällen von umschriebener Sklerodermie.

Wir wissen übrigens, daß die sklerotische Varietät des Lichen planus zuweilen auch das Aussehen einer Morphaea annehmen kann (Lichen planus morphaeicus von STÖWERS, WIURACE, R. CROCKER). Ich habe in meiner 1907 veröffentlichten Arbeit über den Lichen planus atrophicus in Anbetracht der klinischen Verwandtschaft, welche derselbe mit der Morphaea aufweisen kann, auf die Möglichkeit hingewiesen, daß in der Literatur Fälle von Morphaea beschrieben worden seien, deren Diagnose, da sie in dieser differentialdiagnostischen Beziehung nicht erörtert wurde, vielleicht einigen Zweifel zulassen könnte. Ohne zu versuchen, eine vollständige kritische Übersicht aufzustellen, beschränkte ich mich damals darauf, einige Fälle zu erwähnen, welche ich für interessant hielt.

Fall von DUHRING (1892). — 55jährige Frau; Beginn der Dermatose vor $1^1/_2$ Jahr ohne nachweisbare Ursache; die Dermatose dehnte sich langsam und allmählich aus.

Die Patientin zeigte am Nacken zerstreut mehrere atrophische, weißliche, runde, scharf abgegrenzte, erbsengroße, etwas eingesunkene Flecken und, ebenfalls am Nacken, einen größeren unregelmäßigen, geschmeidigen, speckartig aussehenden Flecken mit scharfer Abgrenzung und ohne hyperämischen Vorhof. Auf dem vorderen unteren Teil der Vorderarme hatte sie zwei symmetrische runde, scharf umschriebene Flecken mit erhabenem papulösem, hartem, dunkelrotem Rande, und vertieftem, dünnem, geschmeidigem Zentrum. Man beobachtete ferner kleine atrophische Flecken zerstreut über den Vorderarmen. Keine Beschwerden.

DUHRING stellte Diagnose auf Morphaea und auf atrophische Flecken (ein atrophisches Stadium der Morphäa nahm er nicht an), die symmetrischen Flecken in der unteren Gegend der Vorderarme hätten aber infolge ihres Sitzes, welcher der Prädilektionssitz des Lichen planus ist, und in Anbetracht der papulösen Ränder und des atrophischen Zentrums eine Differentialdiagnose gegen Lichen planus atrophicus erfordert.

Fall von PERRY. Dieser Verfasser demonstrierte 1897 vor der Londoner dermat. Gesellschaft einen Fall von Sklerodermia guttata bei einer 33jährigen Frau. Diese weiß über den Beginn der Dermatose nichts anzugeben. Die Krankheit breitete sich verhältnismäßig langsam und fortschreitend aus. Ihren Sitz hatte sie in der oberen Partie der Brust und des Rückens, auf dem Nacken und in den Gegenden der Ohren. Sie bestand aus kleinen, runden, weißen, harten Flecken mit einem erhabenen pigmentierten Vorhof. In der weißen Zone beobachtete man schwarze, erweiterten Follikelwindungen entsprechende Punkte.

COLCOTT FOX hat in diesem Fall die Diagnose: Sklerodermie angefochten und, obwohl er keine typischen Papeln von Lichen planus

Digitized by Google

fand, in Anbetracht der Anwesenheit der kleinen schwarzen Punkte der zentralen Zone der Flecken die Diagnose: Lichen planus atrophicus vorgeschlagen.

Fall von Hallopeau (1899). 59jährige Frau. Zwischen polymorphen Eruptionen von Morphaea beobachtete man auch mehrere Gruppen von Elementen, welche sehr denjenigen des Lichen planus atrophicus ähnelten. „Dans la region dorsale et sur les avantbras on remarque plusieurs groupes d'elements brillantes, decolorés, polygonaux, presentant dans leur partie mediane une depression qu'obture un bouchon epidermique, leur aspect rappelle singulierement celui du lichen atrophique."

Fall von Warde (1902). Dieser Autor veröffentlichte in der Unnaschen Zeitschrift eine Arbeit über einen Fall von multipler zirkumskripter Sklerodermie, welche Abraham in der englischen dermat. Gesellschaft pro Diagnosi vorgestellt hatte. Dieser Fall hatte eine große Ähnlichkeit mit einem von Westberg beschriebenen Fall Unnas, von „mit weißen Flecken einhergehender, bisher nicht bekannter Dermatose". Diese Ähnlichkeit betraf jedoch nur die Erscheinungen des ersten Stadiums (weiße, auf den Stamm beschränkte Papeln), nicht aber die späteren Charaktere (Atrophie) derselben. Es lohnt sich meines Erachtens, daß ich hier diesen Fall kurz beschreibe. 31jährige, schwächliche, nervöse Frau. In der väterlichen Anamnese Tuberkulose. Pat. überstand vor zwei Jahren eine Pneumonie. Zwei Geburten. Drei Monate vor der zweiten Geburt Pruritus universalis und Auftreten von Rötungen; dann Beginn gegenwärtiger Dermatose, welcher vor $1^1/_2$ Jahr eintrat. Befallen sind: die Hüften, die Brust, der Bauch, der Rücken, die Vorderarme, die Schenkel und die Beine. Klinisch drei Stadien: 1. papulöses Stadium: isolierte und gruppierte perifollikuläre, rundliche, weiße, etwa wie dicke Bohnen große Papeln. Im zweiten Stadium sinken die Papeln im Zentrum ein, so daß ein Ring mit erhabenem rötlichem Rande und ein weißes vertieftes Zentrum zustande kommen. Die Läsion scheint eine Tendenz zum zentrifugalen Wachstum zu haben. In einem dritten Stadium beobachtet man einen runden, glatten, ziemlich harten Flecken, welcher an die Sklerodermie erinnert. Histologisch findet man im Zentrum des Ringes die Zeichen einer Atrophie und einer Sklerose: Verdickung der Hornschicht, Schwund der körnigen Lage, Verdünnung der Malpighischen Lage; im Derma narbige Umwandlung der erkrankten Zone; das Elastin ist atrophisch; die Gefäße fast verschwunden; die in der Papel zahlreichen Bindegewebszellen sind in der zentralen Zone fast verschwunden. Bei der Schwierigkeit einer Diagnose erörtert Warde die Ähnlichkeit mit einigen atrophischen Prozessen (Lupus erythematosus, Acne atrophicans, Sklerodermia); es hätte jedoch in Anbetracht des neuropathischen Zustandes der Kranken, des früheren Pruritus, der perifollikularen Papel mit zentraler achromischer Vertiefung, der histologischen Charaktere, der Atrophie, der zentrifugalen Tendenz auch eine Diagnose auf Lichen sclerosus atrophicus in Frage kommen müssen.

Außer diesen wurden abermals andere ähnliche Fälle von Johnston und Sherwell, MacLeod, Montgomery und Ormsby, Juliusberg, Riecke unter dem Namen „white spot disease" oder „Weißfleckenkrankheit" beschrieben. Während aber Montgomery und Ormsby neigten,

Digitized by Google

die „white spot disease“ mit der Morphaea guttata zu indentifizieren und auch ihre Ähnlichkeit mit einem Fall von Lichen planus atrophicus morphaeicus hervorhoben, vertrat Herxheimer die Ansicht, daß die Mehrzahl der als white spot disease beschriebenen Fälle mit der Unnaschen kartenblattähnlichen Sklerodermie zu identifizieren sei. Andererseits weist die von Unna unter der Benennung: kartenblattähnliche Form beschriebene Sklerodermia circumscripta in histologischer Beziehung im Vergleich zum Lichen planus atrophicus eine viel größere Ähnlichkeit als die Morphaea. Im zweiten Stadium oder Stadium der Sklerose wird bei der Unnaschen Form das Kollagen hypertrophisch, dicht, zu parallelen Bündeln angeordnet, zwischen welchen die elastischen Fasern komprimiert, atrophisch, verdünnt sind, so daß ein großer Teil der sklerotischen Scheibe gänzlich elastinfrei ist. Die Befunde von Unna wurden auch von Zarubin bestätigt. Bei der Morphaea, welche Unna als eine weniger oberflächliche Form von Sclerodermia circumscripte betrachtet, besteht das Dermabindegewebe aus breiten, hypertrophischen Bündeln, welche sich in der gewöhnlichen Weise maschenartig kreuzen und dabei nur die normalen, elastischen Fasern etwas mehr voneinander trennen.

Riecke hat 1909 einen Beitrag über die Weißfleckenkrankheit veröffentlicht. Sein Fall betraf eine Frau von mittlerem Alter, bei welcher sich im Laufe mehrerer Jahre unter mäßigem Juckreiz ein Exanthem entwickelte; dieses begann mit ganz kleinen hirsekorngroßen Herden, welche langsam bis zu der Größe einer Linse oder etwas mehr heranwuchsen. Einige Herde blieben isoliert und zerstreut, andere konfluierten zu Gruppen. Die runden oder polygonalen isolierten Herde hatten scharfe Grenzen; einige waren etwas erhaben. Bei der Betastung machten sie den Eindruck, als wären sie in die Dicke des Dermas eingefügt; sie hatten eine elfenbein- oder alabasterweiße Farbe und waren von Haut mit normalem Aussehen umgeben, d. h. es bestand in der Umgebung der Herde weder ein entzündlicher Vorhof, noch ein violetter Ring, noch eine Pigmentierung. Sowohl die Oberfläche der jungen Effloreszenzen wie diejenige der alten war frei von Schuppen und etwas gefältelt, so daß sie an das Aussehen einer atrophischen Haut erinnerte, ohne jedoch daß klinisch eine Verdünnung der Haut wahrnehmbar gewesen wäre; auf der Oberfläche beobachtete man ferner stellenweise kleine komedonenartige hornige Erhabenheiten. Histologisch war die Hornschicht verdickt, das Malpighische Netzwerk verdünnt; an der Grenze zwischen Derma und Epidermis fand man Vakuolen; Papillen verschwunden. Das Bindegewebe der oberflächlichen Dermalagen war dicht, kompakt, mit erweiterten Blut- und Lymphgefäßen, und an der Peripherie dieser kompakten Bindegewebszone bestand eine Rundzelleninfiltrierung. Alles in allem, es handelte sich um einen Befund, der sehr denjenigen von Hoffmann und Zumbusch ähnelte. Die elastischen Fasern waren jedoch bei dem Befunde Rieckes unversehrt.

Bezüglich des Zumbuschschen Falles von Lichen albus erwähnt Riecke eine von Csillag unter dem Namen Dermatitis lichenoides chronica atrophicans beschriebene und mit der Form von Zumbusch identifizierte Beobachtung. Im Falle Csillags handelte es sich um ganz kleine, rötlich blasse Papeln, von denen ein Teil verschwand ohne Spuren zurück-

Digitized by Google

zulassen, während ein anderer Teil bei seiner Resolution eine subepidermale Narbe hinterließ. Was den histologischen Befund anbelangt, so fand CSILLAG bei einer jungen Papel eine Rundzelleninfiltrierung in den oberen Schichten des Dermas; in den alten Flecken fand er hingegen die Hornschicht verdickt ohne Kernen, das MALPIGHIsche Netzwerk verdünnt, die Basalschicht mit Lakunen, die Papillen verschwunden, nur im oberflächlichen Derma bis zur Mitte des retikulären Dermas bestand das Bindegewebe aus feinen, blaß gefärbten Fibrillen und war gefäß- und zellenarm; das elastische Gewebe fehlte, und diese Bindegewebszone war von einer bogenförmig angeordneten Zelleninfiltrierung umgeben. Während aber die histologischen Befunde tatsächlich für eine große Ähnlichkeit zwischen den Fällen von ZUMBUSCH und CSILLAG und demjenigen von HOFFMANN sprachen, hob RIECKE aber hervor, daß in klinischer Beziehung sowohl im Falle von ZUMBUSCH wie in demjenigen von CSILLAG einige dem Lichen planus eigentümliche morphologische Charaktere fehlten, so die charakteristische mosaikartige Gestaltung der Oberfläche der Flecken.

Ich kann jedoch heute neben die Fälle von CSILLAG und ZUMBUSCH meine Beobachtung einreihen, bei welcher, obwohl auf den Flecken des Skrotums die erwähnte mosaikartige Anordnung fehlte, an anderen Stellen morphologische und klinische Merkmale und histologische Befunde vorlagen, welche mich von der Diagnose: Lichen planus nicht abhalten konnten. Ja, meine Beobachtung könnte dazu dienen, einige diesbezügliche zweifelhafte diagnostische Punkte zu klären. ZUMBUSCH wendete andererseits seine Untersuchungen auf eine Effloreszenz, welche ziemlich alt war, und sein histologischer Befund konnte sich nur auf ein dem Übergang zur Sklerose sehr nahe stehendes Stadium beziehen, welches ich bei den letzten meiner histologischen Befunde antraf.

Man kann jedoch nicht in Abrede stellen, daß die nosologische Orientierung der verschiedenen erwähnten und in die Literatur unter verschiedenem Namen eingetragenen Fälle infolge des langsamen Verlaufes der betreffenden Dermatosen und der zuweilen bestehenden Unmöglichkeit, alle Phasen des Prozesses, vom Beginn bis zum Ende, zu untersuchen, bedeutende Schwierigkeiten darbietet.

Andererseits hob RIECKE hervor, daß, während in den Fällen von ZUMBUSCH und von CSILLAG das gleichzeitige Vorhandensein von rötlichen, entzündlichen Papeln die Annahme einer Weißfleckenkrankheit ausschloß, diese auf Grund der morphologischen Objektivitäten leichter mit dem HOFFMANNschen Lichen sclerosus hätte verwechselt werden können, bei welchem die papulösen Erhabenheiten eine deutliche perlmutterweiße Farbe und keinen peripheren erythematösen Rand, wie im Falle RIECKEs hatten. RIECKE ist jedoch der Ansicht, daß, wenn man für den Lichen planus sclerosus morphologische und histologische Ähnlichkeiten mit der Sklerodermie (Lichen morphaeicus) annehmen kann, ebensogut derartige Analogie zwischen dem Lichen planus sclerosus, der Sklerodermie und der Weißfleckenkrankheit bestehen können, ohne jedoch daß Gründe vorliegen, um von einer Identität der Prozesse zu reden.

WESTBERG hat in seinem Falle eine Zone von dichtem hypertrophischen Kollagengewebe beschrieben, welche jedoch auch an ihrer Peripherie frei von entzündlichen Infiltraten war: bei dem letzten der

Digitized by Google

von mir bei meinem Fall beschriebenen histologischen Befunde fehlte ebenfalls jedes Zeichen von entzündlichem Infiltrat in der sklerotischen Bindegewebszone und in ihrer Umgebung; dieser Befund bezog sich aber nur auf das Endstadium des ganzen Prozesses. Dagegen waren in dem oben erwähnten Falle Wardes die Alterationen des Kollagens, ähnlich wie in den Fällen von Riecke, Zumbusch, Hoffmann und Csillag, von entzündlichen Infiltraten umgeben. Ebenso ist in den beiden von Montgomery und Ormsby beschriebenen Fällen von White spott disease und in dem Falle Juliusbergs von einer von einer entzündlichen Infiltrierung umgebenen Zone von kompaktem, homogenem, dichtem, zellenarmem Bindegewebe die Rede.

Wenn wir jedoch die verschiedenen unter dem Namen Weißfleckenkrankheit veröffentlichten Fälle einer eingehenden kritischen Prüfung sowohl in klinischer wie in histologischer Beziehung unterziehen, so finden wir, daß, während in klinischer Hinsicht die Beobachtungen von Westberg, Johnston, Sherwell, der zweiten Fall von MacLeod und der Fall von Riecke weiße Effloreszenzen mitten in gesunder Haut, d. h. ohne erythematösen noch pigmentierten Vorhof zeigten, dagegen in den Fällen von Warde, Montgomery, Ormsby, in dem ersten Fall von MacLeod und in einem Falle Herxheimers die weißen Effloreszenzen von einem hyperämischen Rande oder von einer Pigmentierung umgeben waren, welche ein Äquivalent des Lilac ring der umschriebenen Sklerodermie darstellen konnten. Während also in klinischer Beziehung diese zweite Gruppe von Fällen auch auf die Sklerodermie zurückgeführt werden konnte, konnten hingegen die Fälle der ersten Gruppe, bei welchen dieses Äquivalent des Lilac ring gänzlich fehlte, mit größerem Recht der Weißfleckenkrankheit genähert werden.

Gegenüber diesen Betrachtungen sei jedoch noch erwähnt, daß ebenso wie in dem Hoffmannschen Falle von Lichen sclerosus auch in meinem Falle bei den weißen Elementen der Haut des Penis und des Skrotums der entzündliche Vorhof fehlte. Andererseits wies der Fall Rieckes das histologische Äquivalent eines entzündlichen Randes auf: d. h. dieser Rand äußerte sich nicht durch merkbar morphologische Zeichen, wie die von mir beschriebenen Dermatitides silentes. „Bei dem Vergleich der klinischen Erscheinungen mit dem histologischen Bilde ergibt sich ohne weiteres eine Differenz, nämlich das Vorhandensein einer entzündlichen Infiltration im mikroskopischen Präparat und der Mangel jeglicher peripheren makroskopischen Hyperämie. Es sei bemerkt, daß auch bei genauester klinischer Inspektion nirgends von einer peripheren Röte etwas zu bemerken war.“ Man wird also wohl diesen Fall von Riecke immerhin als eine Übergangsform zwischen der typischen umschriebenen Sklerodermie, wo der erythematöse Rand makroskopisch sichtbar war, und der sogenannten Weißfleckenkrankheit betrachten können, bei welcher ein solcher Rand klinisch und histologisch hätte fehlen müssen (Fall von Westberg). In histologischer Beziehung konnte man ferner, abgesehen von dem Übereinstimmen der epidermalen Erscheinungen (Verdickung der Hornschicht, Verdünnung des Malpighischen Netzwerkes mit Schwund der interpapillaren Zapfen) konstatieren, daß, während das Elastin in den Fällen von Westberg und Riecke

Digitized by Google

unversehrt war, die Lymph- und Blutgefäße hingegen im Falle Westbergs verengert, in denjenigen von Riecke, Johnston und Sherwell erweitert waren, und daß ferner, während das Elastin in dem zweiten Falle Montgomerys und Ormsbys intakt war, dasselbe in dem Falle Juliusbergs und in dem ersten Falle Montgomerys und Ormsbys reduziert war, und während in den Fällen von Juliusberg und von Montgomery und Ormsby die Lymphgefäße erweitert waren, hingegen in dem Falle von Juliusberg eine Erweiterung, in denen von Montgomery und Ormsby eine Verengerung der Blutgefäße vorlag. Es besteht also ein Widerspruch zwischen diesen Befunden, welcher jedenfalls nicht dazu beitragen konnte, das Orientierungsbild der Weißfleckenkrankheit scharf abzugrenzen. Es lag nahe, aus alledem zu schließen, daß die Krankheitsformen, welche bisher unter dieser Benennung gesammelt wurden, nicht unter einem einzigen Gesichtspunkt betrachtet werden können, sondern daß zu einem morphologisch und klinisch ähnlichen Ausdruck verschiedene dermatologische Entitäten (Lichen planus, Sclerodermia circumscripta), wenn auch durch Verlaufsatypien, konvergieren können.

Endlich hat Kreibich vor kurzem (1910) unter dem Namen Neurodermitis alba einen Fall beschrieben, der meines Erachtens verdient, hier kurz erwähnt zu werden. Es handelte sich um eine 57jährige Frau, welche vor zwei Jahren anfing, über Juckreiz auf den Schultern, an der Brust und an den Armen zu klagen. Als Folge des Kratzens entstand in fast symmetrischer Verteilung eine Lichenisierung der Haut: besonders am Halse bestanden Alterationen, welche ihrer Anordnung nach dem Kratzen mit Fingern entsprachen und in mehr oder minder parallelen oder sich schräg kreuzenden Streifen bestanden, welche quer durch die Brust oder von oben nach unten auf dem Halse oder in der interskapulären Gegend in der Nähe des Nackens verliefen. Es handelte sich um etwas breitere pigmentierte und um etwas schmalere rötlich rote oder ähnlich wie die sklerodermischen Streifen glänzend weiße Streifen, von denen einige leicht erhaben waren. Auf dem Rücken und auf den Armen beobachtete man weiße, rundliche, etwas eingesunkene Flecken mit atrophisch zikatriziellem Aussehen. Ferner konnte man einige strichförmige und runde Exkoriationen sehen. Ein Teil der weißen konnte den Ausgang tiefer Exkoriationen darstellen, Kreibich nahm aber, in Anbetracht der braunen Pigmentierung, welche die Mehrzahl der weißen Striche umgab, und des den Hautfalten entsprechenden Sitzes der Striche an, daß viele der Striche resp. Streifen als der Ausdruck einer besonderen Reaktion der Haut auf das Kratzen, also als eine wahre und echte weiße Lichenisierung zu deuten seien, und deutete in derselben Weise die weißen rundlichen Flecken. Die histologische Untersuchung von zwei weißen Flecken ergab folgenden Befund: Hornschicht verdickt, Malpighisches Netzwerk ohne Zapfen, im Derma aufgequollene Bindegewebsbündel, perivaskuläre Rundzelleninfiltrierung, zahlreiche junge spindelförmige Fibroblasten, alles in allem einen demjenigen der sogenannten Weißfleckenkrankheit sehr ähnlichen Befund. Kreibich unterzieht dann einer kurzen Besprechung neben den als Weißfleckenkrankheit beschriebenen (Montgomery und Ormsby, Sherwell und Johnston, Juliusberg, Riecke) auch die Fälle von Lichen albus von Zumbusch und von Lichen scle-

Digitized by Google

rosus von Hoffmann und hebt hervor, daß in allen diesen Fällen (mit Ausnahme desjenigen Juliusbergs) die Läsionen weibliche Individuen, also Subjekte befielen, welche leichter nervös angelegt sind, daß beispielsweise im Falle Rieckes den Hautmanifestationen während mehrerer Jahre ein starker Juckreiz vorausgegangen war, daß die vorzugsweise Lokalisierung der Läsionen auf der Brust und in der interskapulären Gegend nicht für eine Sklerodermie, sondern vielmehr für Kratzeffekte (Neurodermitis) sprach und schließlich, daß dieselbe Deutung der in einem Fall von Montgomery und Ormsby beschriebenen streifenförmigen Sklerodermie an den Beinen zukommen mußte, und schloß daraus, daß die Weißfleckenkrankheit im wesentlichen nichts anderes als eine Neurodermitis mit Hautalterationen ist, welche im weitesten Sinne als Kratzeffekte unter der Form einer weißen Lichenisierung oder eines Lichen albus zu deuten sind.

Ich will hier nicht die Schlußfolgerungen Kreibichs einer eingehenden Kritik unterziehen, auch deshalb, weil mich dieselbe im wesentlichen nur zur Wiederholung des oben bezüglich der Ansichten Rieckes Gesagten führen würde, d. h. zur Betonung der Tatsache, daß zu einem und demselben morphologischen Endzustande (Atrophie, Achromie) verschiedene dermatologische Entitäten führen können (Scleroderma, Lichen planus, Akne = weiße atrophische und narbenähnliche perifollikuläre Flecke der Rumpfhaut von Iwanow und Jadassohn).

Nur eine vollständige Untersuchung der ganzen klinischen und morphologischen Bewegung einer Dermatose kann mit einiger Sicherheit zu einer diagnostischen Orientierung führen. Die Untersuchung der Manifestationen eines einzigen Momentes des Verlaufes kann die Annahme einer Identität dort nahe legen, wo es sich in Wirklichkeit nur um eine Ähnlichkeit handelt.

Ich kann der Meinung Kreibichs, daß der sogenannte Lichen albus ein Äquivalent einer Neurodermitis alba sei, nicht beipflichten.

Was nun die morphologischen Charaktere und die histologischen Befunde meines Falles anbelangt, so glaube ich, auch ohne die Tatsache in Betracht zu ziehen, daß auch der Lichen planus von den Autoren als eine Neurodermitis gedeutet wurde, in Übereinstimmung mit den Ansichten Hoffmanns und mit dem Beitrage meiner Beobachtungen, meine Arbeit mit den Worten Hallopeaus schließen und behaupten zu können, daß der Lichen albus von Zumbusch „un beau type de la forme sclereuse du lichen de Wilson“ ist und daß infolgedessen „il est inutile de créer pour le designer cette nouvelle denomination de lichen blanc, d'autant mieux qu'elle n'est pas rigoureusement exacte, puisque les elements peuvent être au debut d'un rouge vif.“

Literatur.

Csillag, Dermatitis lichenoides chronica atrophicans (Lichen albus v. Zumbusch). Ikonographia Dermatologica, 1909, Fasc. 4, Tab. 30. — Finger, Die Hautatrophien und

Digitized by Google

deren Verhältnis zur Sklerodermie. 16. Congrès internat. de Médec., Budapest, 1909, Sekt. 13, Fasc. 1. — Hallopeau, Sur la nature du lichen blanc de v. Zumbusch. Bull. de la soc. franç. de derm., 8. Avril 1907. — Herxheimer, White spot disease. Verhandl. der Deutschen Dermat. Gesellsch., 10. Kongreß, Frankfurt 1908. — Hoffmann, Fall von Lichen sclerosus. Verhandl. der Deutschen Derm. Gesellsch., 10. Kongreß, Frankfurt 1908. — Hoffmann und Juliusberg, Zur Kenntnis der White spot disease und zirkumskripter Sklerodermie. Verhandl. der Deutschen Dermat. Gesellsch., 10. Kongreß, Frankfurt 1908. — Hoffmann, Über einen mehrere Jahre hindurch beobachteten Fall von Lichen sclerosus. Ikonographia Dermatologica, 1909, Fasc. 4, Tab. 31. — Kreibich, C., Über Neurodermitis alba. Arch. f. Derm., 1910, Bd. 104, Heft 1. — Johnston and Sherwell, Withe spot disease. Journ. of cutan. dis., 1903, Bd. 21. — Juliusberg, Über die Withe spot disease. Derm. Ztschr., 1908, Bd. 15, Heft 12. — MacLeod, Withe spot disease. Brit. Journ. of Derm., 1904, Bd. 16. — Montgomery and Ormsby, Morphaea guttata and lichen planus sclerosus et atrophicus. White spot disease. Journ. of cutan. dis., 1907, Bd. 25. — Sherwell, A case of white spot disease. Journ. of cutan. dis., 1904, Bd. 22. — Riecke, Zur Kenntnis der Weißfleckenkrankheit. Arch. f. Derm., 1909, Bd. 99, Heft 1 und 2. — Vignolo Lutati, C., Del lichen piano atrofica e delle sue relazioni colle atrofie cutanee circoscritte. Giorn. ital. delle mal. della pelle, 1907, Fasc. 1 und 2. — Vignolo-Lutati, C., Über die klinischen Erscheinungen der kutanen Genesung. Dermatitides silentes. Arch. f. Derm., 1909, Bd. 97. — Vignolo-Lutati, C., Neuer Beitrag zur Untersuchung der sog. Maculae atrophicae, aufgetreten in einem Fall von Akrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer. Monatsh. f. prakt. Dermatologie, 1910, Bd. 50. — v. Zumbusch, Über Lichen albus. Arch. f. Derm., 1906, Bd. 82.

Fachzeitschriften.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Bd. 16, Nr. 4.

Ein Fall von Konjunktivitis bei akuter Blennorrhöe, von Paul Bartholow-New York. Außer der Konjunktivitis bekam der Patient auf metastatischem Wege eine Gonitis und Pleuritis.

Syphilis des Gehörorgans, von Irving Wilson Voorhus-New York. Klinische Studie mit besonderer Empfehlung der Salvarsananwendung bei frischer Lues des Gehörorgans und bei Schädigung des Nervus cochlearis und vestibularis durch alte Syphilis, sowie bei angeborener Taubstummheit.

Paraurethrale Drüseninfektion, von Oscar Owre-Minneapolis. Nichts Neues.

Alkohol und Geschlechtskrankheiten, von T. D. Crothers-Hartford. Bekanntes.

Meine Methode der intravesikalen Operation von Blasengeschwülsten, von Victor Blum-Wien. Empfehlung des Blumschen Operationszystoskops.

Syphilis und Erkrankungen des Ohrs, von Edmund Prince Fowler-New York. Ohrenerkrankungen auf syphilitischer Grundlage sind viel häufiger als die klinische Diagnose vermuten läßt. Es empfiehlt sich, zur Klärung ihrer Ätiologie die Wassermann-Reaktion vorzunehmen. Nach einer Statistik des Verfassers ist diese in fast zwölf Prozent aller Erkrankungen des mittleren und inneren Ohres positiv.

Pemphigus der Konjunktiva, von H. Beckles Chandler-Boston. Therapeutisch

Digitized by Google

empfiehlt der Verfasser gegen das seltene Leiden äußerlich Bor- oder Aristolsalbe, innerlich Arsen; neuerdings soll in einem Falle Salvarsan guten Erfolg gebracht haben.

Salvarsan bei Tabes und Spätlues des Nervensystems, von Tom A. Williams-Washington. Empfehlung des Präparates.

Bericht über 208 intravenöse Salvarsaninjektionen, von Dan C. Handley und Chas. T. Souther-Cincinnati. Die therapeutische Wirkung des Salvarsan bei Syphilis ist zweifellos außerordentlich groß; dennoch ist ein Schlußurteil darüber erst nach drei bis fünf Jahren möglich. Von den Anwendungsmethoden ist die intravenöse die beste.

Salvarsan ohne Wirkung bei Erythema multiforme, von L. Ellis Glasgow-Pittsburgh. Kasuistik.

Syphilis innocentium, von Charles H. Bangs-Boston. **Allgemein Bekanntes.**

Sind syphilitische Augenveränderungen Indikation oder Kontraindikation für die Anwendung von Salvarsan? von Frederik C. Heath. Kontraindikation für Salvarsan sind atrophische Augenkrankheiten; wo Quecksilber und Jod versagen, soll man Salvarsan versuchen. Schourp-Danzig.

Revista española de Dermatologia y sifiliografia.

14. Jahrgang, April 1912, Nr. 160.

Beitrag zum Studium der chirurgischen Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis, von Jesus de Arrese. Der Verfasser teilt 3 Fälle von Epididymitis mit, in denen er durch tiefe Inzision der Nebenhoden einen guten und raschen Erfolg hatte. In einem Falle traf er auf einen tiefen, zentralen, kleinen Abszeß, in den beiden anderen genügte die Epididiotomie, um schnell die entzündlichen Symptome zu beseitigen.

Behandlung des Lupus vulgaris mit Radium, von Leopoldo Rodriguez F. Sierra. Ist der Lupus sehr ausgebreitet, so benutzt der Verfasser die Röntgenstrahlen. Im entgegengesetzten Falle, wenn er nicht mehr als Fünffrankenstückgröße hat, nur Radium in 3—4stündigen Sitzungen, oft nach vorhergegangener Abkratzung. Die weiteren Sitzungen werden nur dreiviertelstündig gewählt. Die Heilung erfolgt nach 3 Monaten.

Experimentelle Erzeugung der Toxituberkulide der Haut bei empfänglichen und unempfänglichen Tieren, von Jaime Peyri und Juan Soteras. Die Experimente der Verfasser unterscheiden sich von früheren ähnlichen dadurch, daß sie bei nicht Tuberkulisierten und auch bei für Tuberkelbazillen wenig empfänglichen Tieren gemacht wurden. So konnten sie die Toxinwirkung auf die gesunde Haut rein erhalten, ohne daß die Existenz einer anderen Tuberkulose zu Verwechslung mit durch Bazillen bedingten Affektionen führen konnte. Folgendes sind die Resultate der Versuche: 1. Meerschweinchen: Einreibungen mit T.A. erzeugten benachbarte Drüsenschwellung und einmal einen vorübergehenden Haarverlust. Intrakutane Injektionen von T.A. machten immer an der Einstichstelle eine $^1/_2$ cm breite, harte, schmerzhafte, verdickte und depilierte Plaque, welche histologisch aus einer embryonalen Bindegewebs- und Plasmazelleninfiltration der Kutis bestand. Epitheloide und Riesenzellen waren nicht vorhanden. Einreibungen mit toten Bazillen machten immer einen depilierten Herd, der 6 oder 7 Tage nach der Einreibung auftrat und nach 2—3 Wochen zur Norm zurückkehrte. Zugleich waren kleine Drüsen vorhanden. 2. Kaninchen. Die intrakutane Injektion toter Bazillen erzeugte am Injektionspunkt und über der Region des Stichkanals eine depilierte Stelle mit harten Knötchen, welche histologisch das typische Bild der Tuberkulose zeigten. Tuberkulininjektionen erzeugten hingegen keine makroskopisch sichtbaren Veränderungen. 3. Katzen. Einreibung mit flüssigem Tuberkulin erzeugte einen unvollständigen Haarverlust bei geringer Infiltration des Papillarkörpers.

Digitized by Google

Die Tuberkulininjektion rief eine Papel hervor, welche derjenigen bei der Kutireaktion des Menschen entspricht, aber keiner der beim Menschen bekannten spontanen Tuberkulide. Einreibungen von toten Bazillen waren erfolglos. 4. Hunde. Intradermale Injektion von toten Bazillen erzeugten immer Nekrosen, die gangränöse Mitte stieß sich ab, und es blieb eine Ulzeration mit harten Rändern zurück, welche in 20 Tagen mit unregelmäßiger Narbe abheilte. Histologisch war aber nicht der Aufbau des Tuberkels nachweisbar, sondern nur der traumatischen Nekrose.

Ein Fall von Syphilis, der eine Ausnahme vom Profetaschen Gesetz bildet, von P. Vilanova. Ein Patient hat Syphilis seit 1907 und bekommt 1908 einen Sohn. Weder die Mutter noch das Kind zeigten die geringsten Anzeichen der Syphilis, und auch in der Folge blieb das Kind gesund, die Dentition entwickelte sich regelmäßig. Der Vater behandelte sich das erste Jahr gut, unterließ aber dann jede Behandlung. Ungefähr 2 Jahre später erschien die Mutter mit einem Schanker der rechten Brust und multiplen Achseldrüsen. Sie hatte 6 Wochen vorher ein Kind geboren, welches Papeln im Munde, an den Lippen, und Ausschlag an den Fußsohlen zeigte. Der Schanker hatte bei der Mutter eine Syphilis maligna zur Folge.

A. Gunsett-Straßburg.

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

Bd. 1, 1912, Nr. 4.

Die Behandlung der Gelenkkomplikationen der Blennorrhöe mit Antimeningokokkenserum, von P. Héresco und M. Cealic-Bukarest. Die Verfasser fügen der besonders aus Frankreich publizierten Reihe von mit Antimeningokokkenserum behandelten Tripperrheumatismusfällen vier neue Krankengeschichten zu. Im ersten Fall handelte es sich um eine doppelte Gonitis mit starken Schmerzen und Unfähigkeit zu gehen. Temperatur 38—38,5°. In 12 Tagen ist der Patient geheilt und steht auf. Im zweiten Falle waren alle Gelenke ergriffen. Vollständige Immobilisierung. Temperatur 38—39°. Nach 12—14 Tagen konnte der Patient wieder gehen. Der dritte Fall zeigt zwar ein weniger günstiges Resultat, da eine leichte Steifigkeit des Gelenks zurückblieb. Es handelte sich um eine starke Schwellung des Tibio-Tarsalgelenks bei 39° Fieber, welche immerhin in 25 Tagen so gebessert wurde, daß Schmerzen und Fieber und Schwellung verschwunden waren und der Patient wieder gehen konnte. Der vierte Fall betraf einen Kranken mit einer sehr schweren zur Ankylose tendierenden Form von Gonitis, der seit einem Monat schon zu Bette lag und in 10 Tagen mit wenigen Injektionen geheilt wurde.

Über die Technik dieser Injektionen teilen die Verfasser folgendes mit: Sie werden am besten subkutan in die Umgebung des erkrankten Gelenks vorgenommen. Bei Wiederholung der Injektionen können dieselben auch an anderen Körperteilen gemacht werden. Als Serum verwenden sie das vom Institut Pasteur hergestellte und dasjenige von Flexner und Wassermann. Es werden im ganzen in jedem Falle 50—60 ccm Serum injiziert. Die Injektionen werden täglich gemacht oder in gewissen Intervallen wiederholt, je früher man damit beginnt, desto besser sind die Erfolge. Für jede Injektion werden ungefähr 10 ccm genommen. Fieber erscheint nur selten nach der Injektion, dagegen werden für kurze Zeit die Schmerzen in den Gelenken vermehrt, um dann ganz aufzuhören.

Die auf ektopischen Blasen entwickelten Karzinome, von P. Lecène und A. Hovelacque. Die Verfasser können zwei einschlägige Fälle mitteilen und schließen hieraus, daß diese Komplikation der Blasenektopie nicht so ganz selten ist.

Digitized by Google

Betrachtungen über die Pathologie und Chirurgie der Hufeisenniere, von Georges Botez-Rumänien. Der Artikel wird fortgesetzt.

Fremdkörper vom Appendix herstammend, welcher einen Blasenstein vortäuschte, von E. Desnos. Ein während einer Appendizitiskrise in die Blase durchgebrochener Kotstein wurde mittels Lithotripter vom Verfasser entfernt.

Über die Neubildung der Urethra durch zirkuläre Urethrorrhaphie mit Ableitung des Urins, von G. Marion. Um bei einer zikulären Exzision des erkrankten Urethralstückes mit Naht der beiden Enden gute Resultate zu erzielen, ist es unbedingt nötig, eine Reizung der frischen Nahtwunde durch den Dauerkatheter oder durch Verunreinigung mit Urin zu verhindern. Zu diesem Zweck leitet der Verfasser den Urin temporär für eine Dauer von 12 Tagen nach der Operation ab, und zwar durch eine Urethrostomie hinter der Operationswunde bei bulbo-perinealen Fisteln nach traumatischer Ruptur, hingegen durch eine Zystotomie bei traumatischer undurchgängiger Striktur, bei traumatischer Ruptur und bei weit hinten liegenden bulbären Strikturen mit oder ohne Fisteln. Gunsett-Straßburg.

Revue pratique des maladies des Organes génito-urinaires.

März 1912.

1. Die Gesetze des Harnstoffs und der Chloride im getrennt aufgefangenen Urin, von F. Cathelin. Cathelin weist auf den großen Unterschied zwischen der Harnstoffbestimmung im gesamten und im getrennt aufgefangenen Urin hin, da erstere viel weniger Aufschluß über die kranke Niere geben könne. So hat auch die von Ambard aufgestellte und als urämische Konstante bezeichnete Formel vielleicht einen Wert für den Internisten, aber nicht für den Urologen. Besonders tadelt er an ihr, daß die Tagesmenge des Harnstoffs aus der in einer bemessenen, kurzen Zeit ausgeschiedenen Quantität berechnet wird. Denn die ausgeschiedene Harnstoffmenge kann zu verschiedenen Tageszeiten durch mancherlei Umstände stark variieren. An einem praktischen Beispiele zeigte der Verfasser ferner, daß für die sogenannten chirurgischen Nierenerkrankungen die Bestimmung des Harnstoffes im Blute nach Widal keinerlei Wert bezüglich der Prognose hat. Auch gegen die „experimentelle Polyurie", die Bestimmung der Harnmenge nach Genuß einer bestimmten Menge Wassers, wie sie Albarran angegeben, wendet er sich. Denn es ist ganz gut möglich, daß eine kranke Niere der an sie gestellten Mehranforderung genügt und so den Untersucher täuscht.

Auf Grund von etwa 3000 Harnanalysen bei chirurgischen Nierenaffektionen kommt Cathelin schließlich dazu, folgende Gesetze für den Harnstoff im getrennt aufgefangenen Urin aufzustellen:

1. Die Bestimmung der Harnstoffmenge hat einen sehr großen Wert, wenn diese auf den Liter berechnet wird, ohne Rücksicht auf die während der Untersuchung ausgeschiedene Urinmenge.

2. Die Ausscheidung des Harnstoffes geschieht in den Harnkanälchen, und es ist seine Menge ein Gradmesser für die Alteration des Nierenparenchyms.

3. Die von der kranken Niere ausgeschiedene Harnstoffmenge bleibt konstant, wenn man den Urin von 10 zu 10 Minuten oder in Abständen von Wochen untersucht.

Diese für den Harnstoff aufgestellten Gesetze gelten auch für die Chloride. Diese werden von den Glomerulis ausgeschieden. Die von einer kranken Niere ausgeschiedene Harnstoffmenge hat keine Beziehungen zur Menge der Chloride.

2. Die Ableitung des Urins bei Operationen der Urethra, von G. Marion-Paris. M. wendet sich gegen die Anwendung des Dauerkatheters nach Operationen an der Urethra. Denn wenn er auch in vielen Fällen seinen Zweck erfüllt, so ist er doch

Digitized by Google

sehr häufig die Ursache, daß die Harnröhrenwunde sich entzündet und die Nähte durchschneiden. Denn er wirkt als Fremdkörper, hindert die Elimination der in der Urethra vorhandenen Bakterien, und überdies erfüllt er seinen Zweck, den Urin von der Wunde fernzuhalten, nicht immer. Marion schlägt daher vor, zu diesem Zwecke die Urethrostomie oder die Zystostomie vorzunehmen. Durch diese Operationen bleibt die Wunde vom Urin verschont und wird aber auch nicht gereizt, wie beim Dauerkatheter, so daß sie glatt und ohne Verengerung heilt. Diese Ableitung des Harnes soll bei den einfachsten Operationen an der Urethralwand vorgenommen werden, und zwar vorzüglich die Urethrostomie.

3. Beiderseitige Orchitis durch Filariose, von M. Mauchaire-Paris. Ein 49jähr. Patient leidet seit 30 Jahren an Filariose der Hoden. Er hatte von Zeit zu Zeit Krisen, die sich in Schwellung des Hodens, Rötung, Fieber usw. kundtaten. Mit der Zeit wurden die Hoden vergrößert und das Skrotum elefantiastisch. Da sich die Krisen schließlich häuften, wurde operativ vorgegangen. M. fand die Hoden von einer 3 cm dicken fibrösen Schicht umgeben, aus der er Streifen zur Druckentlastung des Hodens exzidierte. Ferner fanden sich mächtige Lymphvaricen des Samenstranges, die bis hoch hinauf entfernt wurden. Der Kranke blieb durch 3 Jahre gesund, doch kamen dann wieder Anfälle. Der Verfasser erwägt eine ausgedehnte Resektion des Samenstranges in beginnenden Fällen.

4. Injektion von Kollargol in das Nierenbecken mit gleichzeitiger Durchleuchtung, von Th. Nogier und J. Reynard. Diese, Pyelographie genannte Methode führen die Verfasser folgendermaßen aus: Ein Metalluretherenkatheter wird bis ins Nierenbecken eingeführt, dann eine Röntgenaufnahme gemacht. Hierauf wird 7%iges Kollargol injiziert, bis der Patient Schmerzen empfindet, und dann folgt eine zweite Aufnahme. Mit dieser Methode konnten die Verfasser zwei Fälle klären. Einmal handelte es sich um eine Hydronephrose, die keine andere Ursache hatte, als der hohe Abgang des Ureters. Im anderen Falle konnten sie eine tuberkulöse Kaverne feststellen.

5. Die Anwendung von Leitsonden bei gewissen Urethralstrikturen, von Nogués-Paris. Verfasser redet der unblutigen, langsamen Dilatation von Strikturen das Wort. Nur wenn die Blase infiziert ist oder wenn die Stenose sehr hart ist, soll man operieren. Bei sehr engen Strikturen legt N. die Sonden mit Hilfe von Leitsonden ein. Da die Verbindung zwischen ersterer und letzterer jetzt nach einem neuen Prinzipe geschieht, ist das Verbleiben der Leitsonde in der Blase nicht mehr zu fürchten.

6. Rasches Filtrieren eines alkalischen, trüben Urins, von François Fournier-Toulon. Um in einem alkalischen Urin, der durch Bakterienwachstum getrübt ist, noch kleine Spuren Eiweiß nachweisen zu können, versetzt der Verfasser den Urin erst mit schwefelsaurem Natron, durch das alles Eiweiß, mit Ausnahme von Serumalbumin, gefällt wird. Dann filtriert er durch einen mit Kalk-Magnesia bestreuten Filter.

7. Doppelläufige Kanüle Atherma. Um bei heißen Vaginalspülungen Verbrennungen der Vulva zu vermeiden, ist das doppelläufige Ansatzrohr mit einem luftleeren Mantel umgeben.

8. Santal. Anpreisung dieses Mittels bei Blennorrhöe.

Richard Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Das Radium; seine therapeutischen Wirkungen, von A. Bayet. Ins Deutsche übertragen und mit Zusätzen versehen von Ed. Schiff. Wien 1912 (Moritz Perles).

Digitized by Google

„Neben den großen grundlegenden Werken von Wickham und Degrais ist Bayets Buch über die Verwendung des Radiums in der Heilkunde in erster Linie berufen, dem radiologisch arbeitenden Arzt ein treuer Ratgeber zu sein und ihm zu helfen, wenn er zum Nutzen seiner Kranken das kostbare Radium anwenden will. In seiner Klarheit und Übersichtlichkeit, in seiner wissenschaftlich kritischen Durchführung und in seiner Reichhaltigkeit steht das Buch von Bayet mustergültig da."

Diese Zeilen aus der Vorrede des Übersetzers, der, selbst eine Autorität auf dem Gebiete der physikalischen Methoden der Dermo-Therapie, uns Bayets Werk in einer vorbildlichen Übersetzung vermittelt, müssen von einem jeden unterschrieben werden, welcher das Werk studiert hat. Schon an anderen Stellen, u. a. in der Unna-Festschrift, hat Bayet uns mit seinen Forschungen vertraut gemacht, deren praktische Ergebnisse vor allem auf seiner Methode der Messungen beruhen, der Messungen der Gesamtstrahlungen und der partiellen Strahlungen der Radiumpräparate. Bei ein und demselben radiumenthaltenden Apparat gibt es eine Reihe von Variationsfaktoren, welche den Wert seiner therapeutischen Verwendbarkeit von Fall zu Fall vollständig verändern: der Grad der Reinheit des verwendeten Salzes, das Alter des Radiums, die Art der Auftragung — hier sei auf die Bayetschen Apparate verwiesen —, die Ausdehnung der behandelten Fläche, die Filter, alle diese einzelnen Faktoren werden auf das genaueste und doch in schlichter, kurzer Form entwickelt.

Die zweite Hälfte des nur 105 Seiten zählenden Buches beschäftigt sich mit den einzelnen Affektionen, bei welchen Bayet dank seiner scharfen Kritik zum Teil zu staunenswerten Heilerfolgen gelangt ist. Delbanco.

Die Behandlung der Syphilis mit Dioxydiamidoarsenobenzol („Ehrlich-Hata 606"), von W. Wechselmann. 2. Bd. Der gegenwärtige Stand der Salvarsan-Therapie in Beziehung zur Pathogenese und Heilung der Syphilis. Mit 13 teils farbigen Tafeln. (Oskar Coblentz, Berlin 1912.) Wechselmann leitet sein neues Werk ein mit einer Betonung der augenblicklich widerspruchsvollen Situation, wie sie am besten charakterisiert wird durch die Verhandlungen über Salvarsan bei den Dermatologen in Karlsruhe und bei den Neurologen in Frankfurt a. M. Bei dem zurückhaltenden Schweigen, welches in den ungeklärten Fragen fast alle dermatologischen Kliniker einnehmen, hält Wechselmann es für seine Pflicht, Rechenschaft abzulegen über die Erfahrungen und die Anschauungen, welche er von der Salvarsantherapie der Syphilis gewonnen hat. An die Spitze seines Werkes stellt Wechselmann den Satz, daß das Salvarsan in den bisher gebrauchten Dosen ungiftig ist und wahrscheinlich in viel größeren Dosen als bisher verwendet werden kann. Wechselmann hat bei weit über 12000 Salvarsaninjektionen nie einen Todesfall erlebt, welcher irgendwie in Verbindung mit der Salvarsaninjektion gesetzt werden kann, auch keine Komplikationen bemerkenswerter Art erlebt. Die vermeintlichen schweren Reaktionserscheinungen nach der intravenösen Injektion stellen ganz und gar keine Vergiftungserscheinungen dar. Im einzelnen kommt er auf die Temperaturverhältnisse, auf die sogenannte Überempfindlichkeit u. a. zu sprechen, hebt die Bedeutung des frisch destillierten Wassers und des sterilen Kochsalzes für die Injektion hervor und polemisiert energisch gegen Finger; detailliert gibt er dann noch einmal die Vorschriften für die intravenösen Injektionen, wie sie sich ihm bewährt haben.

Ebensowenig wie das Salvarsan eine akute Intoxikation hervorruft, ebensowenig kann von einer chronischen Arsenwirkung die Rede sein, eine Affinität für das Nervensystem liegt nicht vor, Injektionen von Salvarsanlösung in einer Konzentration, wie sie die des therapeutisch verwendeten Salvarsans in der Blutbahn ist, in das Gehirn trepanierter Kaninchen und Hunde lösten keine Störungen aus.

Digitized by Google

Es ist a priori im höchsten Maße unwahrscheinlich, daß ein spezifisch abgestimmtes Nervengift wahllos ohne jeden Typus bald diesen, bald jenen Teil des Nervensystems befallen soll. Die vermeintlichen Giftwirkungen können direkt zu hysterischen Nervenzufällen führen, wie u. a. die Peroneuslähmung im Falle Walterhöfer sich als eine hysterische erwiesen hat. Die alarmierenden Fälle von Encephalitis haemorrhagica analysiert Wechselmann dahin, daß es nicht unwahrscheinlich ist, daß es sich um ätzende Wirkungen feinst ausgefällten Salvarsans in Substanz handelt; in solchen Fällen müßte die angewandte Technik bis in die allerkleinsten Details geschildert werden.

Die vermeintlichen Sehstörungen bis zu völliger Erblindung haben in der Literatur des chronischen Arsenizismus keine Grundlage. Sämtliche Störungen, die nach Salvarsan am Sehnerven beobachtet worden sind, gehören in das Kapitel der Neuro-Rezidive. Diese Neuro-Rezidive müssen zurückgeführt werden auf eine syphilitische Basilarmeningitis, welche sich auf die Nervenscheiden fortleitet. Den einzelnen der in Betracht kommenden Nerven wendet Wechselmann sich ausführlich zu. Seine hierzu Stellung nehmenden Ausführungen lassen ihn „die für die ganze Pathologie der Syphilis fundamentale Tatsache" aussprechen: „Schon in der präroseolen Periode, wenn nur der Primäraffekt besteht, kann das Gehirn unter Umständen schwer von Syphilis befallen sein." „Die Erfahrung bei der Dourine ist die klarste Analogie für alle syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems." Aus der russischen Literatur wird genau ein Fall von primärer Syphilis in pathologisch-anatomischer Beziehung zitiert. Es handelte sich um einen Selbstmörder mit einem frischen Primäraffekt. Die Pia mater, welche ohne Schwierigkeit von der Gehirnrinde sich ablösen ließ, war an den Stellen des Gefäßverlaufs trübe und ein wenig verdickt; mikroskopisch war interessant, daß die Periarteriitis am deutlichsten in den Endarterien der Hirnrinde ausgesprochen war. Stärker ausgesprochen war die Verdickung der Wände der winzigsten Blutgefäße; selbstverständlich nicht aller in der Pia mater. — Weiter fortgeschrittene Veränderungen beschreibt Dürck von einer 4 Monate nach der Infektion unter zerebrospinalen Erscheinungen gestorbenen Patientin. Und die weitere Literatur (Ranke, Strassmann, Hochsinger, Beitzke) lehrt das Bild der Hirnsyphilis vom Anfange der Infektion des Menschen bis zur vollen Entwicklung der Krankheit. „Die Spirochäte, was ihrem ganzen Wesen entspricht, ist nur oder vornehmlich ein Bewohner der Lymphräume und greift wenig, nur sekundär das nervöse Gewebe an."

In der syphilitischen Infektion der großen Lymphzisternen, deren Anatomie Wechselmann aus der Literatur und an Tafeln erläutert, liegt der beherrschende Punkt in der ganzen Pathologie der Syphilis des Gehirns. Das bedeutsamste Symptom dieser Prozesse ist daher die veränderte Beschaffenheit des Lumbalpunktats. Die von Benario als erstem in Deutschland in ihrer Wichtigkeit erkannte Untersuchung des Lumbalpunktats für die Klinik der Syphilis gehört daher auf der Wechselmannschen Abteilung zum diagnostischen Apparat, so gut wie die Venaepunktion. Wiederum wird eingehend an der Hand der Literatur der Zellenbefund des Lumbalpunktats der Zerebrospinalflüssigkeit unter normalen Verhältnissen und bei der frischen Syphilis analysiert (Quincke, Rehm, Nissel-Alsheimer u. a.): „In allen Stadien der syphilitischen Infektion können Anomalien, Wassermann, Nonne-Apelt, Lymphozytose, vor allem zahlreiche Plasmazellen, auch Spirochäten gefunden werden." Schon in ganz frühen Stadien gelang solches Wechselmann. Die auf das Lumbalpunktat in der frischen Syphilis sich beziehenden Abschnitte sind die Achse des Wechselmannschen Werkes.

Das Schicksal der Syphilitischen hängt in erster Linie davon ab, ob es gelingt, die Lymphräume des zentralen Nervensystems zu sterilisieren. Je frühzeitiger die Hirnsyphilis erkannt wird, um so besser sind die Heilungschancen. Für Wechselmann

Digitized by Google

steht die Überlegenheit des Salvarsans über Hg im zentralen Nervensystem fest, weil man immer wieder sieht, wie allgemein luetische Nervensymptome vergeblich mit Hg behandelt, sofort dem Salvarsan weichen. Eigene und fremde (scheinbar gegen diese Behauptung sprechende) Fälle werden wiederum analysiert und nach einem weiten Ausblick über eine nahe Verwandtschaft, welche die Trypanosomenkrankheit mit der Syphilis verbindet, kommt Wechselmann zu seinen Folgerungen: Ein syphilitisch Infizierter ist geheilt, wenn er bei genauester Untersuchung klinisch frei von allen Symptomen an der Haut, den Schleimhäuten und sämtlichen inneren Organen befunden wird, wenn sein Serum die Wassermannsche Reaktion nicht mehr aufweist, wenn sein Lumbalpunktat keine Veränderung zeigt und wenn dieses Fehlen aller, besonders der beiden letzten wichtigsten Syphilissymptome bei sorgfältigster Kontrolle durch einen bestimmten, nach den weiteren Erfahrungen zu bemessenden Zeitraum anhält. Das — sicher noch energischem Widerstand begegnende — Schema seiner Syphilisbehandlung lautet zurzeit:

1. Probatorische Injektion von 0,2—0,3 Salvarsan zur Abschwächung der Reizphase.
2. Bei Verdacht auf meningitische Symptome: Prüfung des Lumbalpunktats.
3. Injektion von 0,5—0,6 Salvarsan — Steigerung der Dose wird probiert — in 3—4 tägigen Zwischenräumen 4—6 mal unter jedesmaliger Kontrolle der W. R. Er entnimmt dabei das Blut nach der Salvarsaninjektion aus der Infusionskanüle, da ihm eine Reihe von Untersuchungen einen Unterschied der W. R. in dem unmittelbar vor und nach der Salvarsaninjektion (also bei Anwesenheit von viel Salvarsan im Blute) entnommenen Blute nicht ergeben hat.
4. Wird die Reaktion negativ, so untersucht W. alle 2—4 Wochen wieder.

Bleibt die Reaktion positiv, so wird weiter Salvarsan gegeben. Das verändert gefundene Lumbalpunktat wird bei Eintreten einer negativen W. R. wieder untersucht und, wenn positiv gefunden, wird weiter mit Salvarsan behandelt. Sollte es so in einzelnen Fällen nicht gelingen, das Verschwinden der Reaktion zu bewirken, so würde W. intermittierend in noch näher zu eruierenden Zwischenräumen antisyphilitisch behandeln, um die nicht tilgbaren Syphilisprozesse in Schranken zu halten.

5. 8 Monate nach Eintritt andauernder negativer W. R. provokatorische Salvarsaninjektion. Bei negativem Ausfall nochmalige Wiederholung nach 6 Monaten. Bei positivem Ausfall 4 mal 0,5 Salv. Kontrolle wie nach erster Kur.
6. Nach zweimaliger provokatorischer Injektion Feststellung der Heilung durch genaueste klinische Untersuchung und Prüfung des Lumbalpunktats.
7. Nach Annahme der Heilung ca. 2—3 mal im Jahre Kontrolle des Serums.

In mehreren Anhängen bringt Wechselmann noch einmal Auszüge aus seinen an anderer Stelle veröffentlichten Beiträgen zur intravenösen Salvarsaninjektion.

Referent beschränkt sich auf das objektive Referat des Werkes, welches beweist, zu welchen biologisch wichtigen Untersuchungen die Neurorezidive angeregt haben.

Delbanco.

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

b. Cutis.

Ulcus molle, von H. Gougerot-Paris. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 4.) Die Behandlung des Ulcus molle gestaltet sich folgendermaßen: Mehrmals täglich wird das Glied in heißem Wasser 15—20 Minuten gebadet, dann werden die Geschwüre mit

Digitized by Google

5%iger Höllensteinlösung geätzt und mit Jodoform, Aristol, Diodoform usw. bestreut. Bubonen werden nicht inzidiert, sondern mittels einer Spritze punktiert, entleert und mit Jodoformäther oder Jodwasser gewaschen, dazu feuchte Verbände. Bei Phagedänismus werden die Ulzerationen mit 10%iger Chlorzinklösung geätzt und mit 1‰ Chlorzinklösung feucht verbunden. A. Gunsett-Straßburg.

Zur Kenntnis des Ulcus molle in der Harnröhre des Mannes, von A. Glingar und M. Biach. (Wien. med. Wochenschr., 1911, Nr. 37.) Im Urethralsekret eines Mannes wurde mikroskopisch das Fehlen von Gonokokken und das Vorhandensein von Ducreyschen Bazillen festgestellt. Endoskopisch fand man die Lippe des Orficium externum von einem typischen weichen Schanker eingenommen, der in der Ausdehnung von 10 cm die Schleimhaut ergriffen hatte. Unter Ätzungen mit Kupfervitriollösung, Argent. nitricum und Acid. carbolicum concentratum trat nach 2½wöchiger Behandlung Heilung ein. Schourp-Danzig.

Über die weichen Schanker des Anus und des Mastdarms, von A. Laborie. (Thèse de Paris, 1910, Nr. 129.) Fritz Loeb-München.

Erfahrungen mit einer Vakzine bei der Behandlung der Ulcera mollia, von Robert H. Herbst und L. C. Gatewood-Chikago. (Journ. amer. med. assoc., 1912, Nr. 3.) Verfasser bemühten sich, um Ulcera mollia mit Vakzine zu behandeln, den Ducreyschen Bazillus in Reinkultur zu züchten. Dies ist ihnen nicht gelungen, dagegen erhielten sie Kulturen von Pseudodiphtheriebazillen mit geringen Beimischungen von Staphylococcus pyogenes albus oder Staph. pyogenes aureus oder Micrococcus tetragenus oder auch Streptococcus pyogenes. Sie kommen daher zu dem Schluß, daß in vielen Fällen von Ulcera mollia, nicht wie bisher angenommen wurde, der Ducreysche Bazillus, sondern Pseudodiphtheriebazillen einen ätiologischen Faktor bilden. Pseudodiphtherie-Staphylokokkenvakzine gab therapeutisch gute Resultate. Fendt-Wiesbaden.

Behandlung des weichen Schankers mit Jodtinktur, von G. Petges. (Gaz. des hôp., 1911, Nr. 29.) P. empfiehlt folgende Technik: Abseifen des Ulkus mit Seifenspiritus und Gaze, Abwaschen mit Äthertampons, dann mit Alkohol, Aufträufeln von zwei Tropfen Jodtinktur. Der Überschuß wird abgewischt, dann das Ulkus mit Jodoform, Airol oder Aristol bestreut. Diese Prozedur wird täglich zweimal wiederholt. Gunsett-Straßburg.

Kokain bei Schankern und torpiden Geschwüren, von G. Frank Lydston-Chikago. (Journ. amer. med. assoc., 1912, Nr. 8.) Verfasser schätzt außer der anästhesierenden Eigenschaft des Kokains noch besonders dessen hyperämisierende bei Schankern und torpiden Geschwüren jeder Art. Für die Heilung soll die erzeugte Hyperämie von großem Wert sein. Das Geschwür wird mit Hydrogenium peroxydatum gereinigt, getrocknet und sodann zweimal täglich bedeckt mit einer Mischung von Cocain. mur. 1,2 und Carb. animal. 4,0. Fendt-Wiesbaden.

Über die Streptokokkeninfektionen im Verlaufe der Schwangerschaft mit besonderer Berücksichtigung der **Erysipele** und eitrigen Pleuritiden, von Marguerite Guichardon. (Thèse de Paris, 1910.) Fritz Loeb-München.

Über afebril verlaufendes Erysipel, von E. von Czyhlarz-Wien. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 37.) Im Gegensatz zu der Ansicht Lenhartz', daß jedes Erysipel von Fieber begleitet sei, beobachtete Verfasser unter 324 Fällen 29mal fieberlosen Verlauf. Arthur Schucht-Danzig.

Ein Fall von doppelseitigem Liderysipel bei Sepsis puerperalis, von Ernst Köck-München. (Inaug.-Dissertation, München 1911.) Eine Patientin, die schon längere Zeit an Sepsis puerperalis gelitten hatte, wurde von doppelseitiger Entzündung der

Digitized by Google

Konjunktiva und besonders der Lider befallen. Die Differentialdiagnose war sehr schwierig zu stellen. Erst auf Grund des Krankheitsverlaufes ließen sich Ophthalmoblennorrhöe und metastatische Ophthalmie ausschließen und Erysipel der Lider diagnostizieren. Es ist möglich, daß die Erysipelkokken durch Kontakt von den Genitalien her übertragen wurden, wahrscheinlicher ist vielleicht die Entstehung der Lidrose auf metastatischem Wege. Fritz Loeb-München.

Über Nephritis bei Erysipel, von Werner Schelbert. (Inaug.-Dissertation. Zürich 1910.) Die Nephritis bei Erysipel verläuft zwar gewöhnlich leicht; allein sie kann auch unter den schwersten Erscheinungen entweder direkt oder nach Übergang in chronische parenchymatöse Nephritis zum Tode führen. Die Veränderungen in den Nieren können durch bloße Toxinwirkung zustande kommen, ohne daß sich Mikroben in den Nieren selbst anzusiedeln brauchen. Diese Veränderungen beschränken sich nicht nur auf das Parenchym der Niere, sondern sie machen sich speziell auch in dem interstitiellen Gewebe geltend. Es wird dort eine starke zellige Infiltration und Gefäßerweiterung gefunden. Zieht sich der Krankheitsprozeß mehr in die Länge, so entwickelt sich aus dieser zelligen Infiltration eine starke fibröse Verdichtung des interstitiellen Gewebes, und die Niere nimmt allmählich den Charakter einer großen weißen Niere an. Daß sich aus einer Erysipelnephritis auch eine chronische Schrumpfniere entwickelt hätte, hat Verfasser nirgends erwähnt gefunden. Fritz Loeb-München.

Die Nebennieren beim Erysipel, von Lesné, Gérard und Françon. (Presse méd., 1911, Nr. 91.) Sehr oft sieht man nach normalem Verlauf eines Erysipels im Stadium der Besserung eine erneute Verschlimmerung eintreten. Die Temperatur geht wieder in die Höhe, und die Kranken — gewöhnlich Greise oder Alkoholiker — werden „asthenisch". Der Puls wird unregelmäßig, vermehrt (100—140), der Arteriendruck sinkt, die Herzdämpfung vergrößert sich, ebenso die Leber, und die Kranken gehen unter Brechen, Diarrhöe und Dyspnöe schnell zugrunde. Diese klinischen Symptome begleiten immer Veränderungen der Nebennieren, welche in Leukozyteninfiltration, mikroskopischen Hämorrhagien und vollständiger Zerstörung der Medullarschicht bestehen. Diese anatomischen Läsionen bedingen eine Insuffizienz der Nebennieren, für welche die arterielle Blutdruckverminderung und die Asthesie der klinische Ausdruck sind. Diese Verhältnisse werden von den Verfassern an der Hand von neun Krankengeschichten eingehend geschildert. Gunsett-Straßburg.

Über Peritonitis und Erysipelas außerhalb des puerperalen Zustandes, von J. M. J. Chatonnet. (Thèse de Lyon, 1910, Nr. 86.) Fritz Loeb-München.

Zur Therapie des Erysipels, von F. Kraemer, Frankfurt a. M. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 47.) Verfasser berichtet über zwei Fälle von sehr schwerer Erkrankung an Erysipel, bei denen die rektale Injektion von 1,0—1,25 Kollargol (Credé, Heyden) zweimal täglich ausgeführt seiner Meinung nach lebensrettend wirkte. Zum mindesten kann man nach dieser Mitteilung sagen, daß bei jedem derartigen schweren Fall ein Versuch mit dem Mittel (in Übereinstimmung mit anderen Publikationen) gerechtfertigt erscheint. Philippi-Bad Salzschlirf.

Diphtherieserum bei Erysipel. Ein Beitrag zur Therapie des Erysipels, von Otto Polláк-Bömisch-Brod. (Wien. med. Wochenschr., 1911, Nr. 30.) P. hat 43 Erysipelfälle mit Diphtherieserum behandelt und sah dabei günstige Erfolge, die sich namentlich in rascher Entfieberung und schnellem Verlauf der Rekonvaleszenz äußerten. Schourp-Danzig.

Über einen mit polivalentem Antistreptokokkenserum behandelten Fall von Erysipelas bei einem Neugeborenen, von G. Dicristina. (Gaz. degli Osped. e delle

Digitized by Google

Clin., 1911, Nr. 74.) Verfasser erzielte in einem Fall von Erysipelas bei einem 9 Wochen alten Kinde mit Antistreptokokkenserum sehr gute therapeutische Resultate. Über die Serumtherapie des Erysipels neonatorum hat besonders Monti Untersuchungen ausgeführt; die Resultate dieses Verfassers stehen aber wenig mit denjenigen der anderen Verfasser in Einklang. Dicristina glaubt, diese Differenzen seien auf die angewendete Serummenge zurückzuführen; bei Neugeborenen soll die Injektion nicht weniger als 20 cm^3 betragen und so lange jeden Tag wiederholt werden, bis die fieberhaften Erscheinungen verschwunden sind.

Aus Dicristinas Beobachtung geht deutlich hervor, daß das Serum auch in hohen Dosen und wiederholt angewendet werden kann, ohne daß schädliche Nebenwirkungen eintreten. Als Nebenwirkung trat nach der dritten Injektion eine mächtige Urticaria bullosa auf. Verfasser schließt aus seinen Untersuchungen:

1. daß die Antistreptokokkenserumbehandlung bei dem Erysipel der Neugeborenen ausgezeichnete Resultate geben kann;

2. daß hohe Dosen des Serums unschädlich sind;

3. daß bei Anwendung von Pferdeserum kutane Nebenerscheinungen auftreten können, welche den allgemeinen Zustand und die Prognose unbeeinflußt lassen und ohne Folgen abheilen. K. Rühl-Turin.

Zur Behandlung des Erysipels, von H. Althoff-Attendorn i. W. (Medico, 1911, Nr. 31.) Um die Weiterverbreitung des Erysipels zu verhindern, empfiehlt Verfasser die Aufstreichung von Ungt. Credé bis weit ins Gesunde; an den Extremitäten kann man versuchen, durch vorsichtiges Abschnüren oberhalb der entzündlichen Stelle mit einer Gummibinde, einem Heftpflasterstreifen oder einer Ichthyol-Kollodium-Pinselung das Fortschreiten aufzuhalten.

Bei Erysipel an den Extremitäten mit starker Schwellung und harter Infiltration erwies sich Einpackung der ganzen Extremität in einen heißen Brei von Semen lini (1 : 2 Teile Wasser gekocht) nützlich. Ebenso empfiehlt sich folgende Behandlung: Auftragen von Ichthyolsalbe oder Ung. Credé, direkt darüber Einhüllung in einen heißen Leinsamenbrei, worüber dann zum Abschluß ein großes Leinwandstück und Guttaperchapapier gelegt wird. Arthur Schucht-Danzig.

Über die Behandlung des Erysipels mit Jodtinktur, von G. Benassi. (Morgagni, 26. März 1912.) Der Verfasser versuchte die Jodtinkturapplikation in vielen Fällen und ist mit den Resultaten derselben sehr zufrieden. Die Behandlung ist nicht besonders schmerzhaft, verhindert das Fortschreiten der Erkrankung und kürzt den Heilungsprozeß entschieden ab. A. Gunsett-Straßburg.

Behandlung des Gesichtserysipels, von Brelet. (Gaz. des hôp., 1911, Nr. 135.) Empfehlung des Ichthyols als Paste, mit Traumaticin als Pinselung und zu Umschlägen in Lösung 1 : 10 oder 1 : 20 nach Castaigne und Fernet (Consultations médicales franç., 1911. Nr. 32) und der Jodtinkturapplikation nach Ferrari Mario (Gaz. degli Ospedali e delle Clin., 1911, Nr. 37). A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von sporadischer Elefantiasis, von Gilman J. Winthrop. (Journ. amer. med. assoc., 1911, S. 1592.) Bei einer jetzt 48jährigen Frau hatte sich vor 20 Jahren im Wochenbette eine Thrombophlebitis des rechten Beines entwickelt. Diese ging zurück, doch wurde das Bein seither öfter Sitz von Entzündungen. Es nahm an Umfang allmählich zu und hat jetzt zwischen Knie und Knöchel das mehrfache Volumen, ist höckerig, in den Falten mit mazerierter Epidermis bedeckt. Die Ursache liegt wohl in einer obliterierenden Lymphgefäßentzündung im Anschlusse an die Thrombophlebitis mit folgender Lymphstauung. Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Elefantiasis und Tuberkulose, von Léon Brachet. (Inaug.-Dissertation. Paris 1910, Nr. 52.) Verfasser erörtert die ätiologische Rolle der Tuberkulose bei der Entstehung der Elefantiasis und weist besonders auf die Alterationen der Lymphzirkulation durch den Tuberkelbazillus als ursächliches Moment hin. Details müssen in der Originalarbeit studiert werden. Fritz Loeb-München.

Elefantiasis und Myxödem, von Georges Brehier. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 202.) Elefantiasis, eine lokale Erkrankung, kann mit Myxödem, einer Allgemeinerkrankung, kompliziert sein. In einem solchen Falle nimmt Verfasser an, daß die Elefantiasis durch eine funktionelle Minderwertigkeit der Schilddrüse verursacht wird. Die Organotherapie mit Schilddrüsenpräparaten hat dann einen günstigen Einfluß auf die Entwicklung der Elefantiasis. Fritz Loeb-München.

Die Zunahme des Skleroms in Ostpreußen, von Gerber-Königsberg. (Münch. med. Wochenschr., 1910, Nr. 35.) Daß das Rhinosklerom in Deutschland eine absolute Seltenheit sei, trifft schon nicht mehr zu. Es bestehen wenigstens zwei kompakte Herde des Leidens, einer in Schlesien und einer in Ostpreußen, und letzterer hat sich in den letzten 10 Jahren, seitdem Verfasser zuerst die ersten Skleromfälle Ostpreußens beschrieb, um das fünffache vermehrt. Die vorliegende Mitteilung bezieht sich auf vier wohl ausgeprägte Fälle. Das Alter der Kranken variierte von 12—56 Jahren: in dem einen Falle handelte es sich um einen etwa 2 Jahre zuvor zum Militär eingezogenen Schneider, der nach dreiwöchiger Dienstzeit wegen eines widrigen Geruches aus der Nase und „Luftmangels" wieder entlassen worden war. Bei einem anderen Fall, eine 56jährige Frau betreffend, ist es beachtenswert, daß die Patientin nur wegen Gehörstörungen in Behandlung kam, und daß die Nasenaffektion erst bei der allgemeinen genaueren Untersuchung entdeckt wurde. Therapeutisch leistete die O'Dogerscle Intubation bei zwei Fällen sehr gute Dienste gegen die Verengerung der Glottis; überhaupt dürfte bei frühzeitigem Einsetzen der Behandlung die Prognose doch noch einigermaßen aussichtsvoll sein. Es sei noch bemerkt, daß bei drei der Fälle die Diagnose noch durch die bakteriologischen Befunde bestätigt wurde.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Behandlung des Rhinoskleroms mit Röntgenstrahlen, von N. M. Nemenow-Petersburg. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 96, Heft 2.) Fall eines 31jährigen Mannes, der durch Röntgenbestrahlungen völlig geheilt wurde. Schourp-Danzig.

Über spezifische Diagnostik und Therapie des Skleroms, von Erhard Suess-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 41.) Verfasser hat bei einer Reihe von Fällen versucht, den Krankheitsprozeß durch Injektion von Sklerombazillenemulsion zu beeinflussen. Das Ergebnis ist, daß es nicht möglich ist, auf Skleromkranke durch Injektionen von Sklerombazillen oder deren Produkte im Sinne der Heilung einzuwirken. Selbst große Mengen derselben vermögen nicht, sichtbare Veränderungen an den Krankheitsherden hervorzurufen; sie bewirken keine Steigerung der Agglutinations- und Präzipitationsfähigkeit des Serums der Behandelten, und die Reaktionen, die sie auslösen, sind weder für die Krankheit, noch für die injizierten Substanzen charakteristisch.

W. Lehmann-Stettin.

Die Reaktion der Komplementbindung beim Rhinosklerom, von Sdrawomyssiow. (Russki Wratsch, 1911, Nr. 48.) Die Komplementbindung bei Rhinosklerom wird nach den Versuchen von S. nur bei Vorhandensein des Rhinoskleromantigens und des bei dieser Krankheit im Serum des Kranken befindlichen spezifischen Ambozeptors beobachtet. Hierdurch wird der Unterschied zwischen dem Frischschen und dem Friedländerschen Bazillus bewiesen. Arthur Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Über das Sklerom, von S. Nagy-Kolozsvar. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 62, Heft 3/4.) N. hält es für richtiger, die früher nur mit Rhinosklerom (als ihrer häufigsten Lokalisation) bezeichnete Krankheit mit Sklerom zu benennen. Sie ist nach dem nun völlig aufgeklärten histologischen Bilde eine chronisch verlaufende Entzündung, welche primär meistens an der Nase aufzutreten pflegt, aber auch an jeder beliebigen Stelle der oberen Luftwege erscheinen kann. Am häufigsten tritt sie im 2. und 3. Jahrzehnt des Lebens auf, kann aber vom 12. bis 50. Lebensjahre, sozusagen in jedem Alter, vorkommen. Die vier Fälle von Sklerom, welche N. beobachtete, benutzte er hauptsächlich zu histologischen und bakteriologischen Untersuchungen. In allen Präparaten fand er die Mikuliczschen Zellen und als besonders charakteristisch innerhalb derselben das Bacterium sclerómatis in großer Menge. Die Reinzüchtung desselben ist in allen vier Fällen teils aus der Nase, teils aus dem Rachen gelungen; weitere Versuche bezogen sich auf Tierexperimente, die großenteils negativ ausfielen, auf Agglutination und Komplementbindung. Es ergab sich, daß besonders letztere bei der klinischen Diagnose des Skleroms einen Anhaltspunkt bietet und zwar in der von Goldzieher und Neuber zuerst empfohlenen Weise, d. h. mit dem Serum des Kranken. Diese Reaktion (der Komplementbindung) hat insofern zur Aufklärung der Ätiologie beigetragen, als sie ohne Zweifel erwiesen hat, daß die Kapselbakterien und speziell das aus dem skleromatischen Granulationsgewebe gezüchtete Bact. scleromatis als Antigen gegenüber dem im Blute des Kranken befindlichen Antikörper wirken, was nur auf dem Wege des ätiologischen Zusammenhanges zu erklären ist. Nebenbei dürfte der Ausweis von Antikörpern im Blutserum, wie auch die Veränderung des Blutbildes eine auf den ganzen Körper einwirkende Infektion bestätigen, welche aber nur lokale Veränderungen bewirkt. Was die Therapie betrifft, so erwies sich N. als bestes Mittel Röntgenisierung und zwar mit ziemlich harten Röhren und etwa zweimal pro Woche angewandt. Da aber auch dieses Mittel zuweilen versagt, so ist immer noch auf die Prophylaxe das größte Gewicht zu verlegen, zumal nach den statistischen Berichten in neuester Zeit die Zahl der Skleromfälle in Ungarn, Rußland, Ostpreußen zunimmt — separate Zimmer für die Skleromatischen, eigene Kleider, Wäsche, Entfernen der Kinder aus dem Schlafzimmer der Eltern usw. und schließlich Meldepflicht der Ärzte für jeden Fall. (Dieselbe Arbeit ist erschienen im Gyógyászat, 1911, Nr. 35—37.) Stern-München.

Welches ist die reelle Gefährlichkeit der Noma, und wie soll diese Affektion behandelt werden? (Semaine méd., 1911, Nr. 4.) Ein Referat über eine Arbeit von Kissel-Moskau über diesen Gegenstand. Dieser Verfasser konnte unter 58 beobachteten Fällen nur eine Mortalität von 55% konstatieren. Als Behandlung komme besonders in Betracht die Hebung des Allgemeinbefindens durch eine gute Ernährung und eine einfach antiseptische Behandlung der Wunde. Gunsett-Straßburg.

Bemerkungen über Noma, nebst Bericht über einen Fall, der mit Salvarsan behandelt wurde, von M. Nicoll-New York. (Arch. of Pediatrics, Nov. 1911.) Ein 5jähriger Knabe bekam im Anschluß an Scharlachdiphtherie eine Gangrän der rechten Wange, die das Allgemeinbefinden sehr bald in ungünstigem Sinne beeinflußte. Er bekam 0,3 Salvarsan intravenös und wurde lokal antiseptisch behandelt. Da der Prozeß sich wenig oder gar nicht veränderte, wurde nach acht Tagen die Injektion der gleichen Dosis vorgenommen. Langsame Heilung im Verlauf einiger Wochen.

Wenn auch vorläufig noch jeder Beweis dafür fehlt, daß Spirochäten, die so oft bei Noma gefunden werden, die spezifischen Organismen darstellen, so ist doch die Verwendung des Salvarsans in jedem Fall, der auf lokale Behandlung nicht rasch reagiert, zu empfehlen. W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Noma bei einem Erwachsenen, von Howard D. King-New Orleans. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 56, Nr. 20.) Fall einer 59jährigen Frau. Literaturübersicht.
Schourp-Danzig.

Ein mit Sclavoschem Serum behandelter Fall von Anthrax, von W. M. Ferguson-Banff. (Brit. med. Journ., 15. Juli 1911.) Bemerkenswert bei dem hier berichteten Fall waren neben der langen Dauer der Inkubation, welche auf 10 Tage angegeben wird, der anfangs fast symptomlose Verlauf und der schließlich günstige Ausgang trotz der später einsetzenden, sehr bedrohlichen Erscheinungen. Die am Handgelenk lokalisierte, etwa markstückgroße typische Pustel wurde nur mit reiner Karbolsäure kauterisiert, und es wurden auch einige Tropfen davon an drei Stellen an der proximalen Seite der Läsion subkutan injiziert. Vom Serum wurden an vier Stellen am Abdomen je 10 ccm subkutan gegeben. Philippi-Bad Salzschlirf.

Anthrax der Haut und des Gastro-Intestinaltraktes, von Fleming und Stewart. (Glasgow Journ., 1911, S. 425.) Ein 36jähriger Mann erkrankte an einer typischen Pustel unterhalb des Kiefers. Die Exzision bewirkte anfänglich Besserung, bald traten aber schwere Magen- und Darmerscheinungen auf, und der Kranke starb unter dem Bilde einer Sepsis. Die bei der Sektion erhobenen Befunde entsprachen dem Bilde des Intestinal-Anthrax, doch wurden keine Bazillen gefunden.
Richard Frühwald-Leipzig.

Anthrax auf den Philippinen, von W. H. Boyton-Manila. (Philippine Journ., Bd. 6, Nr. 1.) Tierärztliche Studie. Schourp-Danzig.

Zur Klinik und Therapie des äußeren Milzbrandes, von H. Wolff und Wiewiszowski-Breslau. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 52.) An der Breslauer chirurgischen Klinik hat man seit längerer Zeit statt der früher beim äußeren Milzbrand als durchaus indiziert geübten ausgiebigen Exzision der Pustel nunmehr ein streng konservatives Verfahren befolgt. Verfasser berichten über ein Material von 13 Fällen. Von diesen starb nur einer, der außerhalb der Klinik eine Inzision der Pustel hatte vornehmen lassen. Daß auch die Exzision in vermeintlich gesundem Gewebe mit Gefahr verbunden ist, zeigte ein so behandelter Fall, indem man an dem exzidierten Stück noch in den Randpartien zahlreiche Bazillen vorfand. Das wesentliche Moment bei der Behandlung ist die absolute Ruhigstellung des affizierten Teiles. Daneben ist die Verhütung einer weiteren Übertragung der Bazillen zu erstreben, was durch ausgiebige Bedeckung mit Salbe oder mit feuchten antiseptischen Verbänden zu erzielen ist. Bei vollständiger Fixierung und Bedecken mit Borsalbe heilten auch die allerschwersten Fälle in dieser Serie glatt aus. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Behandlung des Milzbrandes, von G. Becker. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 4.) Im Eppendorfer Krankenhaus hat man seit einiger Zeit die operative Behandlung der Milzbrandpustel infolge der wenig erfreulichen Resultate bei diesem Verfahren verlassen und beschränkt sich auf absolute Ruhigstellung, Alkoholumschläge, Borsalbenverbände und die innerliche Darreichung von ausgiebigen Mengen von Alkohol. Wie Verfasser an 44 tabellarisch zusammengestellten Fällen zeigt, liefert diese Methode sehr gute Erfolge. Es starben 11 Patienten, doch ist hierbei die Tatsache zu betonen, daß bei 10 von den letal endenden Fällen schon bei der Aufnahme Bazillen ins Blut übergegangen waren, wie durch die bakteriologische Untersuchung einwandfrei nachgewiesen wurde; bei dem einen anfangs nicht bakteriämischen Falle war bei der Lokalisation der Läsion am Halse und dem Vorhandensein eines sehr ausgedehnten Ödems ein operativer Eingriff zum mindesten als sehr bedenklich zu bezeichnen. Andererseits war bei zwei der genesenen Patienten das Blut schon bei der Aufnahme bazillenhaltig.

Digitized by Google

Von diesen Patienten wurde der eine mit Sobernheimschem Serum, der andere mit einer intravenösen Injektion von 0,6 Salvarsan neben den sonstigen Heilmitteln behandelt.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Milzbrand und Salvarsan, von G. Schuster-Plauen i. V. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 7.) Die Publikation von Becker über einen nach einer intravenösen Injektion von Salvarsan günstig verlaufenen Fall von Milzbrandsepsis hat Sch. veranlaßt, die Möglichkeit eines kausalen Zusammenhanges hierbei durch Tierexperimente weiter zu prüfen. Die an Kaninchen mit einem hochvirulenten Stamme von Milzbrandbazillen ausgeführten Untersuchungen bestätigten allerdings die Beobachtung, daß das Salvarsan unter gewissen Umständen die Bazillenwirkung aufheben kann, doch bedürfen diese Untersuchungen, die, wie Verfasser hervorhebt, mit vielen Fehlerquellen behaftet sind, noch der weiteren Vervollständigung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Wirkung des Salvarsans auf den Milzbrand, von Bettmann und Laubenheimer-Heidelberg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 8.) B. hat zwei Milzbrandkranke mit Salvarsan behandelt. Dieselben erhielten 10 und 9 Tage nach der Infektion 0,3 Salvarsan intravenös. Danach deutlicher Rückgang der Erscheinungen. 19 Stunden nach der Salvarsaninjektion noch positiver Bazillenbefund. 4 Tage nach der ersten Injektion noch einmal 0,4 intravenös. Am nächsten Tage negativer Bazillenbefund. Dann allmähliches Abheilen.

L. hat bei Meerschweinchen, die mit Milzbrand infiziert waren, nachgewiesen, daß dieselben am Leben blieben, wenn sie bis 20 Minuten nach der Infektion mit Salvarsan behandelt wurden. Von den Versuchstieren starb nur eins an Milzbrand. Aber auch noch 6 Stunden nach der Infektion konnten bei einem Teil der Tiere die Milzbrandbazillen abgetötet werden. Sehr starke entwicklungshemmende Wirkung des Salvarsans auf Milzbrandkeime im Reagenzglas. Meerschweinchen durch Salvarsan geheilt sind für Reinfektion empfänglich. Kobligk-Dresden.

Zur Behandlung des äußeren Milzbrandes, von E. Gräf-Frankenhausen a. K. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 16.) Als alter Praktiker, seit 1855 bereits ärztlich tätig, empfiehlt Verfasser auf Grund seiner Erfahrungen an 75 Fällen das möglichst frühzeitige Ätzen der Milzbrandpustel mit dem Kalistifte. Der stumpf abgebrochene, nicht zugespitzte Stift wird energisch in die Pustel eingedrückt und gerieben, bis der harte Kern der Pustel, sowie die Umwallung eingeschmolzen und nicht mehr deutlich fühlbar sind, was meistens etwa eine Minute Zeit erfordert. Die Prozedur ist allerdings nicht schmerzfrei, doch hat G. niemals in seiner Praxis dabei zu chloroformieren nötig gehabt. Zum Schutz gegen den abfließenden Pustelinhalt wird die umgebende Haut akkurat mit Heftpflasterstreifen zugedeckt. Unter den so behandelten Fällen sind vier gestorben; vielleicht war hier die Ätzung zu spät erfolgt. Andere Kollegen haben ähnliche oder noch bessere Resultate erzielt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf den Erreger der Botryomykose, von R. Eberlein-Berlin. (Verhandl. d. Dtsch. Röntgen-Gesellsch., VII. Kongreß.) Obwohl die botryomykotischen Neubildungen der Pferde durch Röntgenstrahlen sehr gut beeinflußt werden, ist die Wirkung der Strahlen auf die Botryokokken in vitro eine ganz minimale, da eine Erythemdose gar keine Wirkung zeigt, erst von zwei Erythemdosen ab überhaupt eine Wachstumshemmung erkennbar ist und eine völlige Abtötung selbst mit Energiemengen von 12—14 ED. nicht gelingt. W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von menschlicher Botryomykose mit doppelter Lokalisation, von Ch. Julliard. (Rev. Suisse rom., 1911, Nr. 7.) 6 Wochen nach einem Trauma (Verletzung mit einem spitzen Stück Holz) traten am Finger eines Patienten zwei Granulome

Digitized by Google

auf, das eine an der verletzten Stelle, das andere $1^1/_2$ cm davon entfernt. Dieselben waren rötlich, blutend, erbsengroß, über die Kutis hervorragend und mit einem Stil versehen. Ihre Basis war von einem Epidermiskragen umgeben. Kein Eiter, keine entzündliche Reaktion, keine Schmerzhaftigkeit. Bei der bakteriologischen Untersuchung fand sich nur Staphylococcus aureus. Die mikroskopische Untersuchung der mit der Schere entfernten Granulome ergab ein sehr gefäßhaltiges Bindegewebe mit Leukozytenanhäufungen. Die Oberfläche war von einer Plattenepithellage bedeckt.

Gunsett-Straßburg.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Ein neues Präparat zum Schutz der gesunden Haut bei Röntgenbehandlung, von E. Wurm-Halle a. S. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 10.) Als ein durchaus wirksames und auch leicht anzuwendendes Schutzmittel bei Röntgenstrahlen zur Bedeckung der nicht zu exponierenden Hautpartien empfiehlt Verfasser eine von ihm hergestellte Glyzerinstärkepaste, welche Blei- und Wismutnitrat in feinster Verteilung enthält. Dieselbe wird ganz dünn auf die betreffenden Gebiete aufgetragen, ist auch bei empfindlicher oder gar krankhaft veränderter Haut unschädlich und läßt sich auch leicht mit kaltem Wasser wieder entfernen. Zu beziehen ist das Präparat unter der Bezeichnung „Röntgenschutzpaste nach Wurm" aus der Schaefferschen Apotheke in Berlin W., Kleiststraße 34. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Lähmung nach Esmarchscher Blutleere, von W. Kausch. (Centralbl. f. Chir., 1912, Nr. 15.) Der Verfasser glaubt, daß Lähmungen nur bei unrichtigem Anlegen der Binde vorkommen und daß sie vollständig vermieden werden können.

A. Gunsett-Straßburg.

Über den Wert der Umbilikalgegend bei der Identifizierung von Personen, von Antonio Lecha-Marso. (Rev. Ibero Amer., März 1912, Bd. 27.) Der Verfasser untersuchte die Nabelgegend von 150 Soldaten, um Aufklärung darüber zu bekommen, ob eventuell der Nabel ebenso wie die Fingerabdrücke zur Identifizierung von Personen gebraucht werden könnte. Er kommt zu einem vollständig negativen Resultat, weil die Verschiedenheit des Nabels bei den verschiedenen Individuen nicht groß genug ist, weil der Aspekt sich im Laufe der Zeit ändert und weil eine Klassifizierung unmöglich ist.

A. Gunsett-Straßburg.

Verschiedenes.

Mit den Vorarbeiten für die über Anregung von de Amicis, Ehlers und Thibierge zu gründende **Internationale Dermatologische Gesellschaft** wurden betraut: für Amerika Fordyce und White, für Dänemark Pontoppidan, für Deutschland Lesser und Wolff, für England Malcolm Morris, für Frankreich Gaucher und Thibierge, für Griechenland Photinos, für Japan Dohi, für Italien Bertarelli und de Amicis, für Österreich Finger, Matzenauer und Riehl, für Portugal Falcao, für die Schweiz Jadassohn, für Ungarn v. Marschalkó und Nékam.

Polizeiarzt Prof. Artur Kollmann-Leipzig erhielt das Ritterkreuz I. Kl. des sächs. Albrechtsordens.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

15. Juni 1912 | Nr. 24 | Band 54

Aus der Univ.-Poliklinik f. Haut- u. Geschlechtskranke zu Königsberg i. Pr.
(Direktor: Prof. Scholtz.)

Die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung der Syphilis[1]).

Von

W. Scholtz und E. Riebes.

Ein zuverlässiges Urteil über die Dauerwirkung des Salvarsans läßt sich nur abgeben, wenn man imstande ist, die Kranken längere Zeit im Auge zu behalten. Bei den Kranken unserer Klinik, wie auch meiner Privatpraxis ist das glücklicherweise möglich, und daher glauben wir, daß unsere Beobachtungen für die vorliegende Frage von besonderem Wert sind. Die Luespatienten unserer Poliklinik stammen größtenteils aus der Provinz Ostpreußen; unsere Bevölkerung ist sehr seßhaft, die Kranken wechseln selten den Arzt und bleiben unserer Klinik in der Regel treu. Wir sehen die Luetiker oft schon mit dem Primäraffekt und die gleichen Patienten kommen dann mit dem ersten Exanthem und später mit den Rezidiven wieder zu uns.

So war es wenigstens früher zur Zeit der Quecksilberbehandlung und auch während der Periode der einmaligen subkutanen Salvarsanbehandlung. Wir waren daher auch schon relativ früh, nach ca. $^1/_2$jähriger Beobachtung, in der Lage, auf Grund zuverlässiger Beobachtungen ein abschließendes Urteil über die Salvarsanbehandlung der Syphilis mit einmaliger subkutaner Injektion abzugeben. Dasselbe lautete dahin, daß eine einmalige subkutane Einspritzung von Salvarsan in Dosen von 0,4 bis 0,6 ja bis 0,7 in der Regel keine völlige Heilung der Syphilis herbeiführt, sondern bei primärer und frischer sekundärer Syphilis bei derartiger Behandlung fast stets Rezidive folgen. Tatsächlich haben wir unsere so behandelten Kranken im Laufe des auf die Behandlung folgenden Halbjahres fast alle wiedergesehen, da sie eben fast alle Rezidive bekommen haben. Nur drei so behandelte Kranke haben keine Rück-

[1]) Nach einem auf dem internationalen Dermatologenkongreß in Rom (von Scholtz) gehaltenen Vortrag.

Digitized by Google

fälle bekommen und dauernd negative Wassermannsche Reaktion gezeigt, obwohl sie über ein Jahr beobachtet worden sind.

Wir sind dann später zur kombinierten Quecksilber-Salvarsanbehandlung übergegangen, und nach verschiedenen Versuchen (Quecksilber und Salvarsan subkutan, erst Quecksilber dann Salvarsan intravenös) sind wir zu einer ganz bestimmten Anwendungsform gelangt, die uns ganz vorzügliche Resultate gegeben hat, und die wir daher nicht wieder verlassen haben.

Wir machen erst an zwei aufeinanderfolgenden Tagen zwei intravenöse Salvarsaninjektionen, schließen dann sofort eine intensive Quecksilberkur an und lassen nach 4 Wochen nochmals zwei intravenöse Salvarsaninjektionen an zwei aufeinanderfolgenden Tagen folgen.

Anfangs, als wir infolge des Gebrauchs von nicht frisch destilliertem Wasser wie alle Autoren unter häufigen intensiven Reaktionen nach der Einspritzung zu leiden hatten, gaben wir meist nur zweimal 0,3 Salvarsan und manchmal noch weniger. Nachdem — dank der Feststellungen von Wechselmann — die Fieberreaktionen jetzt meist ganz fortfallen, sind wir in der Dosis erheblich gestiegen. Wir geben jetzt innerhalb von 24 Stunden — je nach der Körperkonstitution und dem Gewicht des Kranken — zweimal 0,4—0,5 Salvarsan, im ganzen also 0,8—1,0, und wiederholen diese Salvarsanbehandlung nach 4 bis 5wöchentlicher Quecksilberkur in ganz derselben Weise. Beim Vorhandensein von Prodromen oder meningitischen Reizerscheinungen — wenn auch nur leichter Art — geben wir das erstemal eine geringere Dosis 0,15—0,3 und machen dann an Stelle von 2 Injektionen 3 Einspritzungen innerhalb von 24 Stunden, so daß wir ebenfalls auf eine Gesamtdosis von 0,9—1,0 kommen. Die Quecksilberkur lassen wir nach dieser zweiten Salvarsanbehandlung noch 2—3 Wochen lang fortsetzen.

Wenn möglich führen wir die Quecksilberkur in der Weise durch, daß wir alle 5—8 Tage eine Injektion abwechselnd mit Hydrargyrum salicyl. oder Kalomel und mit 40 %igem grauen Öl machen und dazwischen noch Einreibungen vornehmen lassen.

Besonderen Wert legen wir auf die Inunktionskur beim Vorhandensein von Exanthemen[1]) und lassen gewöhnlich jedesmal 1/4 des Körpers mit 4—5 g einreiben, so daß nach 4 Tagen der ganze Körper eingerieben ist. Dann folgt eine Einspritzung und nach 1—2tägiger Ruhepause wird wieder mit den Einreibungen begonnen.

Eine derartige Kur wird auch von Frauen bei einiger Pflege und

[1]) Vgl. Scholtz, Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1908, Nr. 6.

Digitized by Google

Schonung fast stets gut vertragen, und wenn sich die Kranken auch nicht selten etwas angegriffen fühlen und bisweilen um 10—15 Pfund abnehmen, so wird dieser Gewichtsverlust doch meist rasch wieder ausgeglichen. In solchen Fällen haben wir den Kranken mit Erfolg Sanatogen u. dgl. zur Kräftigung gegeben.

War die Wassermannsche Reaktion zur Zeit der zweiten Salvarsanbehandlung noch ausgesprochen positiv — was aber bei primärer und frischer sekundärer Syphilis nur selten vorkommt — so wird sie nach Beendigung der Quecksilberkur nochmals angestellt, und wenn sie auch jetzt noch positiv ausfällt, noch eine dritte Salvarsanbehandlung in ganz gleicher Weise wie die beiden ersten angeschlossen. Auch in Fällen, wo wir besonders sicher gehen wollen, also vor allen Dingen bei verheirateten Männern, schließen wir die Kur möglichst erst nach einer dritten Salvarsanbehandlung.

Unangenehme Zufälle haben wir mit Ausnahme eines rasch vorübergehenden, allerdings ziemlich schweren Kollapses bei einer Frau nie beobachtet, trotzdem wir schon ca. 1200 Kranke mit Salvarsan behandelt haben.

In dem betreffenden Fall handelte es sich um eine 26jährige Patientin, welche wegen Lues bereits die oben beschriebene kombinierte Salvarsan-Quecksilberkur durchgemacht hatte. Die Kranke hatte zweimal 0,3 Salvarsan an zwei aufeinanderfolgenden Tagen erhalten, dann eine vierwöchentliche Schmierkur gemacht und dann nochmals an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je 0,3 Salvarsan bekommen. All das hatte sie glänzend vertragen, und die Wassermannsche Reaktion war negativ geworden und ist auch weiterhin negativ geblieben. Trotzdem wünschte die Patientin nach 7 Monaten zur Sicherheit nochmals mit Salvarsan behandelt zu werden. Auch jetzt vertrug sie wieder die erste Einspritzung von 0,4 Salvarsan ohne jede Erscheinung, ohne Fieber u. dgl. Bei der zweiten Injektion stellte sich dagegen, als erst 0,3 langsam — etwa innerhalb von 5—6 Minuten eingelaufen war, plötzlich eine intensive urtikariaartige Rötung des Gesichts, der Hände und Arme ein, die Patientin begann schwer zu atmen, klagte über intensives Kribbeln in den Händen und Armen und Druck und Hämmern im Kopf. Obwohl die Injektion sofort unterbrochen wurde, wurde der Puls rasch sehr klein, flatternd und elend, die anfängliche Röte des Gesichts wich intensiver Blässe, die Kranke machte einen äußerst ängstlichen Eindruck und begann stark zu brechen. Nach Kampferinjektion wurde der Puls etwas besser und die Kranke erholte sich ein wenig, aber noch stundenlang fühlte sie sich außerordentlich matt und elend, brach fast den ganzen Nachmittag, schlief auch die Nacht noch sehr unruhig, und erst am nächsten Tage fühlte sie sich wieder ziemlich wohl und frisch. In den nächsten Tagen erholte sich die Kranke völlig und ist dann dauernd gesund geblieben.

Alle Organe waren bei der Erkrankten durchaus in Ordnung, und auch nach der Injektion zeigte sich im Urin nur vorübergehend ein ganz schwacher Hauch Albumen.

In dem einige Stunden nach der Injektion erbrochenen Mageninhalt konnte mittels der Abelinschen Methode ziemlich reichlich Salvarsan nachgewiesen werden. Nach der Intensität der Farbenreaktion zu schließen, betrug die Konzentration des Salvarsans im Mageninhalt etwa 1 : 10000. Das eigentümliche in diesem Fall ist, wie gesagt, daß

Digitized by Google

die Injektion am Tage vorher anstandslos und ohne jegliche Reaktion vertragen wurde, und daß der Mann der Patientin am Tage vorher und am gleichen Tage genau dieselbe Salvarsanlösung erhalten und reaktionslos vertragen hatte. Die Salvarsanlösung war für das Ehepaar zusammen sowohl am Tage vorher wie am selben Tage zubereitet worden, und die Hälfte hatte die Frau, die andere Hälfte der Ehemann erhalten. Im Salvarsan selbst lag also die Ursache keinesfalls, und wir vermögen auch den Grund für diese eigentümliche Reaktion nicht anzugeben. Die Patientin gab an, seit Monaten an Bandwürmern zu leiden, doch ist es schwer, hierin einen Kausalnexus zu sehen. Als wir die Kranke nach 14 Tagen wiedersahen, entnahmen wir ihr etwas Blut und stellten damit einige Anaphylaxieversuche gegen Salvarsan an, aber mit völlig negativem Resultat. Trotzdem muß es sich um eine plötzlich entstandene Überempfindlichkeit bei der Kranken gehandelt haben, denn die Infusion war in jeder Hinsicht lege artis gemacht worden und speziell eine Luftembolie ist völlig ausgeschlossen.

Fiebersteigerungen sahen wir fast nur bei primärer und frischer sekundärer Lues, sie überschreiten höchst selten 39,5° und traten in der Regel erst in der 6.—8. Stunde nach der Injektion auf, also zu einer Zeit, wo die Spirochäten größtenteils schon zugrunde gegangen sind und unverändertes Salvarsan auch nach unseren eigenen Untersuchungen kaum mehr im Körper zirkuliert. Diese Fiebersteigerungen sind also wohl sicher auf das Freiwerden von Spirochäten-Endotoxinen und nicht auf das Salvarsan als solches zurückzuführen. Auch traten derartige Fiebersteigerungen ebenso wie sonstige Reaktionserscheinungen jetzt fast ausschließlich nach der ersten Einspritzung ein, so daß man unbedenklich nach 12—24 Stunden eine zweite Injektion machen kann, selbst wenn nach der ersten eine stärkere Reaktion aufgetreten war. Die Schüttelfröste bei Verwendung nicht frisch destillierten Wassers traten dagegen in der Regel schon 3—4 Stunden nach der Injektion auf, da sie eben auf bakterieller Verunreinigung des Wassers beruhen.

In der beschriebenen Weise behandeln wir jetzt fast $1^1/_2$ Jahr und sind mit den Resultaten bei dieser Form der kombinierten Behandlung ganz außerordentlich zufrieden, ja wir können dieselbe geradezu als glänzend bezeichnen.

Natürlich ist es sehr wohl möglich, daß man auch mit Salvarsan allein bei geeigneter Anwendung gleich gute Resultate erzielt, wie man andererseits mit der kombinierten Quecksilber-Salvarsanbehandlung bei ungenügend intensiver Anwendung oder ungeeigneter Form der Kombination wird schlechte Resultate bekommen müssen.

Unsere Diskussion sollte auch noch gar nicht auf allgemeine und apodiktische Urteile über den therapeutischen Wert des Salvarsans wie „unentbehrliches Heilmittel“ — „nur von symptomatischer Wirkung“ — „gefährlich und nur für manche Fälle zu reservieren“ u. dgl. hinausgehen, sondern wir müssen uns noch immer damit begnügen, uns darüber zu verständigen, was die einzelnen Formen der Salvarsan- resp. der Sal-

Digitized by Google

varsan-Quecksilberbehandlung zu leisten vermögen, um allmählich zu der besten und wirkungsvollsten Behandlungsform zu gelangen.

Wenn einzelne Autoren zum Teil ungünstige Erfahrungen mit Salvarsan gemacht haben, so müssen sie ihr Urteil durchaus auf die von ihnen gewählte Behandlungsform beschränken und dürfen vorläufig nicht verallgemeinern. Beim Quecksilber sind wir seit Jahrzehnten mit der Ausarbeitung der besten Methode beschäftigt; beim Salvarsan kann diese Arbeit nicht in 2 Jahren geleistet werden.

Was nun unsere Resultate anbelangt, so kann ich mich im wesentlichen auf unsere Angaben in der Deutschen medizinischen Wochenschrift, 1912, Nr. 7 beziehen, und will nur für die primäre und frische sekundäre Lues (frisches Exanthem oder Lues latens mit stark positiver Wassermannscher Reaktion im ersten Jahre nach der Infektion) unsere jetzigen Zahlen nochmals zusammenstellen.

Von primärer Lues haben wir 72 Fälle — größtenteils mit positiver Wassermannscher Reaktion — genügend lange beobachten können. Von diesen sind 62 frei von Rezidiven geblieben und haben negative Wassermannsche Reaktion bekommen und dauernd behalten:

22 dieser Fälle sind $^1/_4$—$^1/_2$ Jahr,
27 „ „ „ $^1/_2$—1 „ und
13 „ „ „ über 1 „ beobachtet worden.

Bei den übrigen 10 Fällen war der Erfolg der Kur ein ungenügender, indem bei 7 Kranken später sekundäre Erscheinungen auftraten und bei 3 Kranken wenigstens die Wassermannsche Reaktion positiv blieb resp. später wieder positiv wurde.

Von diesen 10 Kranken haben 4 die kombinierte Salvarsan-Quecksilberkur aber nicht ordentlich durchgeführt, so daß wir bei ausreichender Behandlung[1]) nur in 6 unter 68 Fällen — also in 8,5% der Fälle — einen ungenügenden Erfolg hatten.

Von sekundären Luesfällen innerhalb des ersten Erkrankungsjahres haben wir 155 genügend lange beobachten und serologisch kontrollieren können.

Von diesen sind 119 frei von Rezidiven geblieben und haben negative Wassermannsche Reaktion bekommen und dauernd behalten.

[1]) Als ausreichend behandelt betrachten wir dabei alle Patienten, die an zwei aufeinanderfolgenden Tagen zusammen mindestens 0,6 Salvarsan bekommen haben, dann mindestens 4 Wochen eine kräftige Quecksilberkur gemacht haben und spätestens 6 Wochen nach der ersten Salvarsankur nochmals mindestens 0,6 Salvarsan in obiger Weise erhalten haben. Jetzt behandeln wir, wie oben erwähnt, noch erheblich energischer.

Unter den günstig verlaufenden Fällen befinden sich aber nur relativ wenige Kranke mit ungenügend durchgeführter Kur, so daß eine Trennung in diese 2 Rubriken bei diesen Kranken überflüssig erscheint.

Digitized by Google

Von diesen 119 Kranken sind beobachtet worden:

42 = 1/4—1/2 Jahr,
28 = 1/2—3/4 „
49 = 3/4—1 „ und darüber.

Die übrigen 36 haben entweder klinische Rezidive bekommen (21 Fälle), oder die Wassermannsche Reaktion ist bei ihnen positiv geblieben resp. später wieder positiv geworden (15 Fälle). Von diesen 36 Fällen sind aber nur 17 ausreichend behandelt worden, während die übrigen die vorgeschriebene Behandlung nicht ordentlich durchgeführt haben. Wir haben mithin bei sekundärer Lues bei ausreichender Behandlung nur in ca. 13% der Fälle Mißerfolge gehabt. Achtmal, d. h. in ca. 6% der beobachteten Fälle handelt es sich dabei um klinische Rezidive.

Nun könnte man einwenden, daß die Resultate zwar recht gut erschienen, aber daraus doch kein definitiver Schluß gezogen werden dürfte, da sehr wohl noch später Rückfälle — möglicherweise besonders bösartiger Natur — eintreten könnten, und vielleicht nur die Latenzpause nach der von uns geübten Behandlung länger als nach gewöhnlicher Quecksilberbehandlung sei. Natürlich ist das nicht völlig ausgeschlossen, wir können das Gegenteil noch nicht beweisen, aber wahrscheinlich ist es keineswegs. Das zeigen die von uns beobachteten Rezidive. Alle von uns beobachteten klinischen Rezidive sind nämlich mit Ausnahme von 2 Rückfällen nach 7 und 8 Monaten innerhalb der ersten 3—6 Monate nach Beginn der Behandlung eingetreten; die Latenzpause ist bei den beobachteten Rezidiven also nicht größer als bei gewöhnlicher Quecksilberbehandlung und nur wenig größer als bei der früheren subkutanen Salvarsanbehandlung, wo ja die Rezidive auffallend schnell kamen.

Wir haben also in der Tat keinen rechten Grund zu der Annahme, daß noch viele Spätrezidive bei unseren Kranken eintreten werden.

Dagegen können wir mit Fug und Recht hoffen, daß unsere Resultate später noch bessere sein werden.

Hierfür spricht einmal die Tatsache, daß unsere Resultate mit Steigerung der Intensität der Behandlung schrittweise immer besser geworden sind. Ferner befinden sich unter den 23 Mißerfolgen trotz ausreichender Behandlung auffallend viele — nämlich 8 — Fälle mit doppelten Rezidiven (positive Wassermannsche Reaktion ist dabei unter die Rezidive gerechnet), d. h. Fälle, welche schon früher nach subkutaner Salvarsanbehandlung ein Rezidiv bekommen hatten und später trotz ausreichender kombinierter Behandlung nochmals rezidiviert sind. Das spricht mit großer Wahrscheinlichkeit dafür, daß durch eine ungenügende Salvarsan-

Digitized by Google

behandlung doch häufig eine gewisse Salvarsanfestigkeit der Spirochäten eintritt, zumal unter den nach kombinierter Salvarsan-Quecksilberbehandlung nicht rezidivierten Fällen unserer Statistik sich nur relativ wenige Kranke befinden, die früher nach subkutaner Salvarsaninjektion einen Rückfall bekommen haben.

Endlich tritt die vorzügliche Wirkung der beschriebenen Salvarsan-Quecksilberbehandlung jetzt auch darin besonders deutlich in Erscheinung, daß das Material in unserer Poliklinik und auch in meiner Privatsprechstunde — soweit es sich auf sekundäre Lues bezieht — allmählich ein ganz anderes geworden ist.

Während früher — besonders in der Poliklinik, wo die Kranken die chronisch-intermittierende Behandlung gewöhnlich nicht regelrecht durchführen — unter den Kranken mit sekundärer Lues die Zahl der Patienten mit Luesrezidiven, welche bereits früher von uns behandelt worden waren, überwog, sehen wir jetzt so gut wie nur noch neue Kranke mit sekundärer Lues, da Rezidive aus der Zeit vor der Salvarsanperiode und der Zeit der subkutanen Behandlung mit Salvarsan (bis Oktober 1910) jetzt natürlich nicht mehr sehr zahlreich auftreten, sondern die Kranken mit frischer Lues aus jener Zeit größtenteils schon in der ersten Hälfte des vergangenen Jahres Rezidive bekommen haben, und nun auch bereits größtenteils kombiniert behandelt worden sind. Das poliklinische Luesmaterial ist in bezug auf Rezidivfälle im letzten Halbjahr geradezu ein miserabeles geworden.

Was ferner die Neurorezidive betrifft, so sind sie mit Zunahme der Intensität der kombinierten Behandlung immer seltener geworden und gehören jetzt bei dem von uns behandelten Kranken direkt zu den größten Seltenheiten. Im letzten Halbjahr haben wir überhaupt kein Neurorezidiv mehr gesehen.

Bezüglich der Behandlung sei endlich noch erwähnt, daß wir die Primäraffekte bisweilen exzidiert, meist aber lokal mit Salvarsan und Kalomel behandelt haben. Die lokale Behandlung mit Salvarsan nehmen wir dabei in der Weise vor, daß wir dasselbe mit ein paar Tropfen Glyzerin zu einer dicken Flüssigkeit anrühren und hiermit 1—2 mal täglich den Primäraffekt betupfen und etwas Watte darüberlegen. Eine derartige etwa 30—50%ige Salvarsanlösung übt eine recht intensive Ätzwirkung aus, und der Primäraffekt wird ziemlich stark zerfressen[1]). Nachdem in dieser Weise die Behandlung 2—3 Tage durchgeführt war, sind wir gewöhnlich — um einer zu starken Ulzeration vorzubeugen — zu Kalomelapplikationen in der üblichen Weise übergegangen, indem das Geschwür

[1]) Bei der lokalen Behandlung mit Neosalvarsan kommt es zu keiner Verätzung.

Digitized by Google

täglich zweimal mit schwacher Salzlösung gereinigt und auf die noch feuchte Wunde Kalomel aufgestreut wurde. Wir haben diese Art der lokalen Behandlung des Primäraffekts mit Salvarsan und Kalomel bevorzugt, da wir glauben, auf diese Weise auch auf die zugehörigen Lymphgefäße und Lymphdrüsen eine Einwirkung zu erzielen. Bisweilen — besonders bei stark ausgebildeten Inguinaldrüsen — haben wir ferner die Oberschenkel und besonders die Genitalien mit grauer Salbe einreiben lassen, um auch auf diese Weise eine lokale Wirkung auf die Lymphgefäße und Inguinaldrüsen zu erzielen.

Schließlich haben wir in den letzten Wochen an Stelle der zwei aufeinanderfolgenden Injektionen zu 0,4—0,5 vielfach 3 Salvarsaninjektionen zu 0,4—0,45 innerhalb von 24 Stunden (die erste frühmorgens, die zweite nachmittags und die dritte am nächsten Morgen) gemacht, so daß 30 Stunden lang fast dauernd Salvarsan im Körper zirkuliert.

Wie Abelin festgestellt und jetzt Dr. Riebbs in meinem Institut bestätigt hat, ist Salvarsan als solches ca. 4—6 Stunden nach intravenöser Injektion im Blutserum nicht mehr zu finden. Ob dabei 0,3 oder 0,5 Salvarsan injiziert wird, macht keinen großen Unterschied. Möglicherweise ist die Wirkung des Salvarsans aber wesentlich davon abhängig, daß das Salvarsan als solches genügend lange im Körper zirkuliert, um an alle Spirochätennester genügend heranzukommen. An und für sich scheint ja schon eine intravenöse Salvarsaninjektion von 0,3—0,4 zu genügen, um alle leicht zugänglichen Spirochäten (z. B. in Plaques) abzutöten, denn schon 6—12 Stunden nach einer derartigen Injektion fanden wir meist keine lebenden Spirochäten mehr in Plaques und nässenden Papeln; aber in manchen Schlupfwinkeln — wahrscheinlich vor allem in derben Infiltraten — scheinen die Spirochäten einer so vorübergehenden Salvarsaneinwirkung zu entgehen und werden wohl erst bei längerer Einwirkung hier vernichtet.

Ursprung der Lepra[1]).

Von

Dr. C. Engelbreth, Kopenhagen.

Lepra ist eine der ältesten und merkwürdigsten Krankheiten des Menschengeschlechtes. Schon der Platz derselben in der Pathologie war unklar, bis Danielsen sie mit der Tuberkulose zusammenstellte. Der große norwegische Leprologe behauptete, daß Lepra und Tuberkulose Zweige desselben Stammes wären, insofern als Lepra- und Tuberkelbazillen sich gleichen, wie ein Tropfen dem andern, und dadurch, daß Lepra

[1]) Vortrag, gehalten in der mediz. Gesellschaft zu Kopenhagen am 19. März 1912.

Digitized by Google

in allen Fällen auf Tuberkulin reagiert. Neuere Forscher, wie BABES, meinen, daß Lepra bei der Menge der Bazillen und der Anordnung in den Geweben unter die Tuberkulosen des Viehs und der Hühner gehört. Lepra ist vielleicht eine Art Tuberkulose. Was ist es aber doch für eine merkwürdige Tuberkulose? Diese modernen Entdeckungen haben die Lepra fast rätselhafter gemacht!

Auch die Geschichte und Ausbreitung der Lepra ist voller Mystik! Sie scheint ihre Heimat im südwestlichen Asien zu haben und tritt von der ersten historischen Zeit in Kleinasien, Ägypten, Arabien und Indien auf. Sie breitete sich in diesen Ländern mächtig aus, gerade als diese auf dem Höhepunkt ihrer Kultur standen. HERODOT erzählt, daß die Perser in hohem Grade mit Lepra behaftet waren, und auch von den Ägyptern wissen wir, daß sie bei ihnen so gewöhnlich war. Von Kleinasien breitet sie sich gegen Westen bis nach Griechenland und Rom in der Blütezeit dieser Reiche aus, um hernach dem Kulturstrom in nördlicher Richtung nach Frankreich und Deutschland zu folgen. Sie fand sich in den kultiviertesten Ländern der Altzeit. Welche Verbindung aber hat Lepra mit Kultur, wenn man sie in unseren Tagen bei den ärmsten und degeneriertesten Volksschichten und zwischen den Negern im dunkelsten Afrika findet? Schließt sie sich einer ganz bestimmten Kulturstufe an, und dann auf welche Weise?

Schon in allerältester Zeit hat man Lepra für ansteckend gehalten, und nach den drakonischen Gesetzen entfernte man die unglücklichen Aussätzigen vom Umgang mit anderen Menschen, sogar ihren Nächsten. Die Neger Afrikas jagen die Aussätzigen hinaus in die Wälder. Auf Java wurden sie früher einfach getötet, und bei den Zivilisierteren wurden sie außerhalb der Städte isoliert. — Man hat der Ausbreitung der Lepra von jeher großen Widerstand geleistet. Wie konnte sie sich nun so gewaltig ausbreiten, daß um das Jahr 1200 in Europa 19000 Leproserien zur Isolierung der Aussätzigen errichtet waren? — War sie denn so ungeheuer ansteckend? Nein, im Gegenteil! Lepra steckt sehr schwer an, sagen die Kontagionisten, und die Antikontagionisten sagen, daß man überhaupt kein sicheres Beispiel der Ansteckung nachweisen kann! Woher aber kommen denn die Hunderttausenden von Aussätzigen? Woher bekamen sie Lepra?

Nach dieser enormen Ausbreitung im Mittelalter verschwindet die Lepra im 16.—17. Jahrhundert vollständig aus Europa — ja so vollständig, daß man ihre Existenz in leitenden medizinischen Kreisen ganz vergessen hatte, bis dieselbe von DANIELSEN wieder aufgedeckt wurde. Wie konnte sie denn so völlig aus England, Deutschland und Frankreich verschwinden, in Spanien, Italien und Griechenland aber fortleben? Man sagt, es wären die Leproserien. In Italien aber fanden sich im Mittelalter fast bei jeder Stadt Leproserien. Die Lepra wurde dort so gut bekämpft, wie in England. Und doch findet sich die Lepra in unsern Tagen in Italien, aber nicht in England! Wie kann das zugehen?

In Dänemark fanden sich nach EHLERS im 14.—16. Jahrhundert ca. 20 St. Jörgensgaarde (St. Jörgenshöfe) für Aussätzige. Dann sieht man aber das Wunderbare, daß der Aussatz völlig verschwindet. Im Jahre 1555 schließt Christian III. sämtliche St. Jörgensgaarde Dänemarks. Dies plötzliche Verschwinden gleichzeitig über das ganze Land ist ein Rätsel. — Denn in dem mit Dänemark vereinigten Norwegen, welches Leproserien aus der Zeit MAGNUS LAGABÖTERS (Jahr 1263) hatte, florierte sie in großer Ausbreitung bis zur Gegenwart weiter. — Warum verschwand sie auf einmal in Dänemark, aber nicht in Norwegen? Was geschah denn kurz vor dem Jahre 1555 in Dänemark? Wie entwurzelte man gerade in den Jahren die Lepra?

In Ägypten hat die Lepra seit dem grauen Altertum hausiert. Öffentliche Ver-

Digitized by Google

anstaltungen gegen die Ausbreitung derselben haben dort nie existiert. Und trotzdem hat ihre Ausbreitung nicht über 2000 Fälle zu verzeichnen. — Warum breitet sie sich denn nicht über alle Grenzen allein durch Unwissenheit und Unreinlichkeit der Bevölkerung aus? Warum breitet sie sich nicht durch den lebhaften Touristenstrom nach England aus, der ja ohne sanitären Schutz gegen Lepra ist? Warum bekommen diese 2000 Eingeborenen Lepra, während die Europäer verschont bleiben?

Man findet oft Beschreibungen, wie die Lepra in Gegenden verschleppt wird, die früher leprafrei waren, und dann sieht man, daß sich in Paris 200 eingewanderte Aussätzige finden, welche dahin gereist sind, um Heilung zu erlangen. Und diese 200 Aussätzigen leben ohne jegliche Kontrolle. Sie benutzen dieselben Hotels und Restaurationen, dieselbe Halbwelt, wie andere. Sie sitzen neben anderen Hautkranken in den Wartezimmern der großen Spezialisten. Und dieser Zustand hat über 100 Jahre existiert, ohne einen einzigen Fall übertragener Lepra entdeckt zu haben! Ist dies nicht merkwürdig? — Aber nicht weit von Paris, in der Bretagne, entsteht die Lepra von selbst! Man meint, daß sie dort ansteckend ist. Warum entsteht und ist Lepra in der Bretagne ansteckend, aber nicht in Paris?

Ebenfalls sieht man sie in den südfranzösischen Alpen (Seealpen) entstehen, in Marseille aber entsteht sie nicht, dorthin wird sie nur eingeführt! Ist es nicht rätselhaft? Oder was ist es für ein Moment, das sich in den Alpen findet, nicht aber in der Stadt — ein Moment, welches Entstehen und Ansteckung bedingt!

Im Jahre 1907 findet man plötzlich im Kanton Wallis einen Knaben, welcher Lepra hat. Und bei näherer Nachforschung findet man in demselben Dorfe (Gutteu) sechs andere Fälle, ohne ausrechnen zu können, woher diese Lepra gekommen ist. Man rät auf einen Rest aus dem Mittelalter! Oder wie entsteht Lepra von selbst — autochthon — in einer so eingeschlossenen Bergstadt?

Ja, sagen einige, sie ist nun mal in gewissen Gegenden endemisch! Es kann an tellurischen oder klimatischen Verhältnissen liegen. Wie ist es doch zu verstehen, daß Norwegen und Island ebenso infiziert sind wie Ägypten und das Kapland? Islands kalte Felsen und Ägyptens glühende Wüstensonne als beigeordnete Ursachen. Unmöglich!

Nein, sagen andere, sie hält sich zu den Küstenländern und Inseln. Sie muß von den Fischen herrühren, eine Theorie, die besonders von Hutchinson behauptet ist. Sie findet sich ja aber auch auf der Hochebene von Persien und im Basutolande, wo die Bevölkerung nie Fische genießt.

Die meisten sind der Ansicht, daß sie kontagiös ist. Es gibt keinen anderen Ausweg. Man hat ja Armauer Hansens Bazillus. Wenn sie sich nur in gewissen Gegenden findet, hat dies darin seinen Grund, daß die Eingeborenen dort arm und unflätig sind und sich gegenseitig anstecken. Die Bazillen finden sich massenhaft im Nasensekret, und man weiß ja, wie solche Leute mit ihrer Nasenabsonderung umgehen. — Die Ansteckung ist durch das intime Zusammenleben direkt.

Dann aber kommt Sand, Oberarzt am Aussatzhospital Rejtgjärdet in Trondhjem, mit einer Statistik über 512 Ehen unter Aussätzigen. Und von diesen 512 Ehen wurde nur bei 17 der andere Teil von Lepra angegriffen.

In über 96% steckt Lepra bei dem intimen ehelichen Beisammensein nicht an! Und von Kindern, wo der eine Teil der Eltern leprös war, waren nur 6% angegriffen.

Aus diesen Untersuchungen zieht Sand mit Recht die Schlüsse, daß der Aussatz nicht direkt ansteckt. Das Virus muß ein Entwicklungsstadium außerhalb des Menschen durchgehen, um Lepra erzeugen zu können. Es muß sich ein Zwischenglied finden.

Wo aber wird sich denn dies Zwischenglied finden? In der Erde, im Wasser — sind es vielleicht doch die Fische? Oder sind es Ungeziefer, Wanzen, oder liegt es in

Digitized by Google

den blutsaugenden Insekten der Luft? Es sind Möglichkeiten genug angeführt, und wir sind doch zu keinem Resultat gekommen. Wir stehen hier vor einem tausendjährigen Rätsel. Die Ätiologie der Lepra ist ein verwirrtes und unlösbares Mysterium.

Und doch, wir haben schon in SANDS Untersuchungen einen Anhaltspunkt bekommen. Wenn wir das Aufblühen und Verschwinden der Lepra gesehen haben, sind es also nicht die Leproserien, die dieselbe ausrotten, denn sie ist ja nicht ansteckend, sondern es muß dies mystische Zwischenglied sein, das früher gefunden wurde und dann verschwand, das in Dänemark in der Mitte des 16. Jahrhunderts auf einmal verschwand, in Norwegen aber fortdauerte — in England verschwand, in den Ländern am Mittelmeere aber fortdauerte!

Diese Fakta zeigen, daß wir Ungeziefer, Fische, Erde und Luft ausschließen können, denn sie sind ständig und unveränderlich. Darnach wird aber das Mysterium nur verwickelter, — und so ist mir vielleicht die Aufgabe geworden, den Leitfaden zu entdecken, der den Weg durch dies Labyrinth zeigt.

Ich habe früher gezeigt — ohne daß dies zu große Anerkennung gefunden hat —, daß Lupus für die Menschentuberkulose nicht ausschlaggebend sein könne, sondern daß die Ansteckung vom Vieh herrühren müsse und daß Lupus gerade darin seine eigentümliche Sonderstellung als Tuberkulose habe[1]).

Bei meinen Arbeiten über Lupus zeigt sich mir eines Tages die Lepra, und ich komme auf eine Reihe Einfälle, die mir den verborgenen Weg zum Ursprung des Aussatzes zeigen. Zuerst finde ich, daß zwischen Lupus und Lepra eine Reihe merkwürdiger Ähnlichkeiten bestehen.

1. Zuerst dies, daß sie pathologisch so nahe verwandt sind. Von allen Krankheiten gleicht der Aussatz dem Lupus am meisten im Wesen, im Bau, in seiner merkwürdigen chronischen Stabilität, der geringen Virulenz und Unheilbarkeit.

2. Demnächst dies, daß Lupus und Lepra fast gleiche Verbreitungshäufigkeit haben. Z. B. Malta durch Lepra und Dänemark durch Lupus als Typen. Durchschnittlich $^1/_2$—$1\,^0/_{00}$.

3. Drittens dies, daß Lepra sich ebenso wie Lupus vorzugsweise bei Bauern findet, und unter diesen wiederum bei den ärmsten. GLÜCK und KOBLER haben in Bosnien die Lepra nur unter den Bauern gefunden, welche $99\,^0/_0$ repräsentieren. Ähnliche Beobachtungen liegen von Columbia, Argentina, Ägypten, Japan und Rumänien vor.

4. Weiter dies, daß Lepra, wie Lupus, am häufigsten zwischen dem 10. und 20. Jahr entsteht, häufiger aber bei Knaben, als bei Mädchen.

5. Und schließlich dies, daß Lepra, ebenso wie Lupus, in der Regel in der Nase (GERBER, BLACH, SMIT) beginnt, ein Moment von größter Bedeutung.

Alle diese Analogien zwischen den beiden Krankheiten müssen die größte Verwunderung erregen. Sie zeigen ja, daß die beiden nicht nur der Natur, sondern auch dem Ursprunge nach nahe verwandt sind. Und wenn man nun weiß, daß Lupus eine Ansteckung von den Kühen ist, kommt man dadurch auf eine Spur zur Entdeckung des Ursprungs der Lepra.

Sollte die Lepra auch von einem Tier stammen? Wie Lupus findet sich auch Lepra bei Bauern und nicht auf Grönland, obgleich die Isländer dieselbe mehrere Male importiert haben. Sollte die Lepra vielleicht auch von einem Haustier stammen?

Man muß es nach der geographischen Ausbreitung der Lepra berechnen können. Sieht man die Lepra in Europa auf den ersten Blick, entdeckt man zu großem Erstaunen, daß sie an die Berggegenden, Norwegen, Island, das nördliche Schweden, die Bretagne,

[1]) C. ENGELBRETH: Ist Lupus Rindertuberkulose? Monatsh. f. prakt. Derm., 1910.

Digitized by Google

die Alpen, Siebenbürgen, Spanien und Portugal, Italien, die Balkanhalbinsel usw. geknüpft ist. Immer in den Bergen! Jetzt sind wir dem Tiere auf die Spur gekommen! Ein Tier, welches sich als Haustier in den Bergen findet, — welches die Bauern dort infizierte, besonders die Knaben. — Jetzt haben wir das Tier. Es muß die Ziege sein! Wie sollte aber die Ziege Lepra erzeugen? Zuerst müssen wir also untersuchen, welche Verbindung man sonst zwischen Ziegen und Lepra findet.

II.

Die Ziege stammt von der wilden Bezoarziege ab, deren Heimat das Gebirge des südwestlichen Asiens ist. Schon in der jüngeren Steinzeit findet man sie gezähmt und im Gebrauch, sie ist zweifellos das älteste Haustier des Menschen. Sie liefert eine feine und starke Wolle (Kaschmir, Angora), ein ausgezeichnetes Leder, das man sowohl für Bekleidung, Zelte, Säcke, als auch Fässer verwendet, ferner ein wohlschmeckendes Fleisch und eine fette, nahrhafte Milch. Dazu ist sie genügsam und sorgt für sich selbst.

Man findet sie auf den ältesten babylonischen und assyrischen Denkmälern und war ebenso zeitig das allgemeinste Haustier in Arabien und Ägypten. Namentlich in Ägypten betrieb man im Altertum eine großartige Ziegenzucht. Ein einzelner Mann konnte auf seinem Besitz über 4000 Tiere haben, unter diesen allein 2500 Ziegen. Man sieht hier sofort, daß sich bei allen diesen Kulturleuten der Altzeit, die besonders von Lepra heimgesucht wurden, auch eine ausgedehnte Ziegenzucht fand. Das erste Zentrum für Lepra ist auch das erste Zentrum für Ziegenzucht.

Ein anderes Zentrum fand sich in Indien, wo die Kaschmirziege vom grauen Altertum her das beste Haustier der Bevölkerung war und gleichzeitig eine großartige Industrie mit Kaschmirwolle hervorbrachte. Zur Zeit des Großmoguls gab es nicht weniger als 40000 Schalwebereien allein in Kaschmir. Man sieht hier, daß Indien im Altertum gleichzeitig ein großes Leprazentrum und ein großes Ziegenzentrum war.

Von diesen Zentren verbreitet sich die Ziegenzucht; nordwärts die Mamberdziege und die kurdische Ziege über den Kaukasus, um das Kaspische Meer herum zu den Turkmenen und Kirgisen, nach der Mongolei und Sibirien. Gegen Osten vermischt sich die Kaschmirziege mit der Tharziege und verbreitet sich als die malaiische Ziege über die Sundainseln und China — und auch von allen diesen Ländern wissen wir, daß sie schon im Altertum mit Lepra behaftet waren.

So war es im Altertum, und noch heute ist es so in den meisten Teilen Asiens. Die Ziege ist das allgemeine und notwendige Haustier und Lepra ein allgemeines und unabwendbares Leiden.

Gehen wir darnach zu Afrika über, haben wir bereits die Verhältnisse Ägyptens erörtert. Von diesem großen Ziegenzentrum aus verbreitet sich die Ziegenzucht über das ganze nördliche Afrika und südwärts nach Abessinien. Längs der ganzen Ostküste findet sich eine besondere Ziegenart, die Somaliziege, die auch die Inseln besetzt hat, und im Innern Afrikas findet sich eine kleinere Art, die Zwergziege, welche von der Sahara bis zum Kap den Negern ein unentbehrliches Haustier ist. Besonders reich an Ziegen ist doch die Kapstadt, dort ist die berühmte Angoraziege von Kleinasien eingeführt, und die Rasse allein umfaßt im Kap über 3 Mill. Stück.

Neben dieser Ausbreitung der Ziegen in Afrika sieht man eine entsprechende Verbreitung der Lepra. Sowohl bei den Mohammedanern im nördlichen, bei den Negern, als auch besonders in der Kapstadt, wo die Ziegenzucht am größten ist.

Gehen wir darauf zu Europa über, finden wir einen alten Bericht aus den Zeiten vor Homer über ein Ziegenvolk, das von Kleinasien in Griechenland einwanderte, und schon früh im Altertum waren die griechischen Inseln für ihren Reichtum an Ziegen

Digitized by Google

bekannt. Daher der Name der ägäischen Inseln oder Ziegeninseln. Es stimmt gut zu diesen Ziegenwanderungen und diesem Ziegenreichtum, daß die Griechen die Lepra „die phönizische Krankheit" nannten, während sie später den Namen Elephantiasis graecorum bekam.

Von den Griechen geht Ziegenzucht und Lepra Hand in Hand nach Italien, Spanien und Frankreich, und Oribasius (360 n. Chr.) und Aëtius (541 n. Chr.) erzählen, daß Lepra zu den Zeiten eine über ganz Europa verbreitete Krankheit war.

Wie die Lepra so früh eine verbreitete Krankheit sein konnte bei allen diesen halbzivilisierten Volksstämmen, ist nicht bekannt. Wenn aber Papst Etienne III. Karl dem Großen im Jahre 770 verbietet die Tochter des Longobardenkönigs zu heiraten und sein Blut mit „den aussätzigen Longobarden" zu mischen, so deutet dies darauf, daß alle die Stämme, welche Europa zur Zeit der Völkerwanderung bevölkerten und bewanderten, mit Lepra infiziert waren. — Es stimmt dazu, daß alle diese Volksstämme auf ihren Wanderungen und bei ihrem primitiven Ackerbau von großen Vieh- und Ziegenherden begleitet wurden. Namentlich fanden die Ziegen in den ausgedehnten Wäldern und auf den strauchbewachsenen, unangebauten Feldern, die zu der Zeit Europa bedeckten, ausgezeichnete Anwendung.

Von Karl dem Großen hat man einige Aufzeichnungen, welche zeigen, daß die Menge der Ziegen zu der Zeit weit größer war, als die der Kühe und Schafe, wenngleich der primitive Ackerbau dieser ganzen Zeit in Dunkel gehüllt war.

Gleichzeitig mit dieser Ziegenzucht, welche der erste Haustierbrauch der ansässigen Volksstämme war, findet man die Lepra im Mittelalter stark verbreitet. Im 16. bis 17. Jahrhundert aber sieht man sie nach und nach abnehmen, und zuletzt verschwindet die Lepra fast ganz aus England, Deutschland und Frankreich.

Untersucht man dann die landwirtschaftlichen Verhältnisse des 16.—17. Jahrhunderts, so sieht man, daß eine große Entwicklung vor sich gegangen ist, und daß die Ziegenzucht von der dann einträglicheren Schafzucht verdrängt ist. Man hat Beschreibungen über größere Bestände, wo im 17. Jahrhundert Schafe zu Hunderten oder Tausenden, aber gar keine Ziegen gehalten wurden.

Die Ziege wurde von den Schafen und Kühen aus der Landwirtschaft verdrängt, und gleichzeitig verschwand die Lepra, und die Leproserien konnten aufgehoben werden.

Am allerdeutlichsten sieht man dies Verhältnis in Dänemark. Hier herrschte die Lepra so gut, wie im übrigen Europa. Um das Jahr 1400 fanden sich hierzulande ca. 20 „St. Jörgensgaarde" für Aussätzige. Von demselben Jahr 1400 weiß man genau, wie ausgedehnt die Ziegenzucht war. Beispielsweise fanden sich im Wirtschaftsgebäude zu Korsör 250 Ziegen und 80 Schafe, in Höjstrup 150 Ziegen, auf Tranekär 114 Ziegen und 38 Schafe, in Bregentved 118 Ziegen und 50 Schafe. Wir sehen eine ganz andere Landwirtschaft, als die, welche nun die Quelle für den Reichtum Dänemarks bildet.

Alle diese Ziegen grasten auf Gemeindeweiden und in den Wäldern und richteten große Vernichtungen an. Es brach deswegen eine heftige Verfolgung seitens der Regierung gegen sie aus, und im Jahre 1473 begann Christian I. das Halten von Ziegen auf Fünen zu verbieten. Im Jahre 1499 vertreibt Bischof Birger die Ziegen von Bornholm — und endlich veranstaltete Christian III. im Jahre 1541 einen wahren Ausrottungskrieg gegen die Ziegen über das ganze Land, so daß man sie nur auf den Haiden halten durfte — und die Ausrottung wurde unter Frederik II. vollzogen.

Die Folge dieses Ausrottungskrieges war, daß Christian III. 14 Jahre später auf dem Reichstage in Odense, im Jahre 1555, die Leproserien aufheben konnte, „da sich nur noch wenig Aussätzige fanden".

Wenn man in der Medizin z. B. die Funktion eines Nerven untersuchen will, so

Digitized by Google

findet man diese, wenn man den Nerven außer Funktion setzt und die Folgen beobachtet.

Christian III. entfernte die Ziegen aus dem dänischen Reiche, und das Resultat kam 14 Jahre später, indem auch die Lepra aus dem Lande verschwand. Und diese 14 Jahre sind gerade die Zeit, welche die im Jahre 1541 schon infizierten Aussätzigen nötig hatten, um zu sterben.

Die Kausalitätsverbindung zwischen Ziegen und Lepra ist durch die beiden Verfügungen Christian III. durchaus deutlich. Es ist vielleicht sein allergrößtes Verdienst, die Ziegen und die Lepra in Dänemark ausgerottet zu haben.

Aber weder er selbst, noch irgend ein anderer hat eine Ahnung von diesen Verdiensten und dieser Kausalitätsverbindung gehabt.

Will man alsdann sehen, wie das Resultat eines fortdauernden Haltens von Ziegen ist, so muß man nach Norwegen. Dort galt der Ziegenkrieg Christian III. nicht. Dort behielt man die Ziegen wie früher, denn in diesen Bergen konnte man kein besseres Haustier haben, welches die weitgestreckten Felsengegenden dieses Landes ausnutzen konnte.

Norwegen behielt seine Ziegen und es behielt seine Lepra, trotz der Asyle und allerlei Veranstaltungen. Im Jahre 1858 fanden sich noch über 2000 Aussätzige und ca. $^1/_2$ Million Ziegen. In neuerer Zeit hat die Lepra abgenommen, und man gebraucht diesen Umstand als Beweis für die Richtigkeit des Isolierens und der Ansteckung. Aus Lies Mitteilungen aber hat man gerade einen Gegenbeweis dafür, daß der Aussatz im Distrikt Fjäld um Bergen herum trotz des Isolierens in den letzten 20 Jahren verdoppelt ist.

Untersucht man die Zahlen, sieht man, daß die Abnahme der Lepra in Norwegen stufenweise mit der Abnahme der Ziegen geschehen ist. Ihre Anzahl ist von 400000 auf 200000 gefallen, gleichzeitig damit, daß die Lepra von 2000 Fällen auf 500 Fälle gesunken ist. Auf Island ist dasselbe der Fall. Die Ziegen sind von den Schafen verdrängt und der Aussatz ist nahe daran aufzuhören.

Die Geschichte zeigt uns also in großen Zügen eine genaue Verbindung zwischen Ziegen und Lepra, sowohl in den asiatischen Zentren, als auch in ihrer Verbreitung über Europa, und besonders in ihrem Verhältnis in Dänemark und Norwegen.

Die Lepra steht mit den Ziegen in engem Zusammenhang, und gleichzeitig mit der Ausrottung der Ziegen verschwindet die Lepra.

Wenn wir nun zur geographischen Verbreitung der Lepra in Europa übergehen, finden wir hier ein Verhältnis, das man sich sonst nicht erklären kann, durch die Verbindung zwischen Ziegen und Lepra aber sehr gut versteht. Wir sehen, daß alle Länder, welche noch heute Lepra haben, auch ausgeprägte Ziegenländer sind. Das südliche Rußland, besonders der Kaukasus, in dessen Bergen mehr als 3 Millionen Ziegen leben, Griechenland und die griechischen Inseln, alle Balkanstaaten, Bosnien und Herzegowina, Montenegro, mit mächtigen Ziegenherden sind durch und durch von der Lepra angesteckt, ebenso Spanien und Portugal mit zusammen 4 Millionen Ziegen, das südliche Italien, Sizilien, Malta usw.

Am interessantesten werden die Verhältnisse durch die einzelnen Länder. In Frankreich findet man Ziegen in der Bretagne und dem südöstlichen Gebirge, und auch dort findet man das Entstehen der Lepra ganz von selbst.

In Schweden findet sich die Lepra fast nur in Dalarne und Helsingeland, nördlich der großen Seen. Aber gerade in diesen Distrikten finden sich $^2/_3$ der Ziegen Schwedens. Das südliche Schweden hat Viehzucht und keine Lepra. Solche genauen Verbindungen innerhalb eines einzelnen Landes sind vielsagend. Oder nimmt man die Ziegenherde prozentweise, findet man

Digitized by Google

auf je 1000 Einwohner hat Griechenland 1725 Ziegen
„ „ 1000 „ „ Spanien 283 „
„ „ 1000 „ „ Norwegen 179 „
„ „ 1000 „ „ Dänemark 3 „

Die Häufigkeit der Lepra steigt proportional mit der zunehmenden Menge der Ziegen.

Gehen wir alsdann zur Neuen Welt, Amerika, über, sehen wir, daß sich nach den neuesten Untersuchungen von Ashmead in Amerika vor Kolumbus keine Lepra fand.

Und untersuchen wir das Verhältnis der Ziegen, finden wir, daß sich vor Kolumbus auch keine Ziegen fanden, denn die Ziege hat ihre Heimat in Südwestasien. — Und untersuchen wir die Einwanderung, so sehen wir, daß sich in den Teilen Amerikas, welche von Spaniern, Portugiesen und Negern kolonisiert sind, sowohl Lepra, als auch Ziegen finden. In den Teilen aber, welche von den Engländern kultiviert sind, finden sich weder Ziegen, noch Lepra.

Lepra findet sich besonders in den Südstaaten, Florida, Carolina, Texas, Kalifornien, weiter in Mexiko, auf den westindischen Inseln, in Mittelamerika und Südamerika — und alle diese Länder, besonders Mexiko, ist reich an Ziegen, die teils von den Spaniern, teils von den Negern eingeführt sind.

Wie man sieht, findet man auch in den eigentümlichen geographischen Verhältnissen, welche die Lepra darbietet, eine entsprechende Verbreitung der Ziegenzucht.

Dies entspricht dem Umstande, daß man die Lepra meistens bei den Armen findet. — Die Ziege ist auch heutzutage die Kuh des Armen, und am meisten bei den Männern. Wie schon Columella anführt, muß der Ziegenhirte ein Mann sein, der den dreisten Bewegungen der Ziegen in den Bergen zu folgen vermag.

Man erklärt sich hieraus, daß besonders Männer von der Lepra befallen werden, während Lupus sich besonders bei Frauen findet, deren Aufgabe es meistens ist, das Melken der Kühe zu besorgen. Und für beide gilt es, daß besonders die Jugend, das Alter von 10—20 Jahren, nämlich über die Hälfte derselben, angegriffen wird. Gerade das Alter, in welchem den jungen Menschen die Arbeit bei den Ziegen und Kühen übertragen wird. (Schluß folgt.)

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1912, Heft 4.

Die histologischen Veränderungen der Hautsyphilide durch Salvarsan, von W. Lier-Wien. In den meisten Präparaten tritt eine rasche, starke und gleichmäßige Beeinflussung der Plasmazellen zutage. Ferner zeigte sich bei in den Infiltrationsherden vorhandenem, zahlreichem jungem Bindegewebe eine Metachromasie des Kernes bei Erhaltensein der sonstigen morphologischen Verhältnisse der Zellen. Bei der Herxheimerschen Lokalreaktion fand der Verfasser außer einem stärkeren Ödem der Epidermis und des Koriums sowie einer bedeutenden Erweiterung und Füllung der Gefäße nichts Wesentliches. In 2 Fällen konstatierte er auch eine stärkere Wucherung des Endothels, stellenweise bis zum Gefäßverschlusse führend. Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Proceedings of the Royal Society of Medicine, Dermatological Section.

Sitzung vom 21. März 1912.

Ein durch kalkige Entartung komplizierter Fall von Raynaudscher Krankheit, von H. Davis. Eine 34jährige Dame, Mutter von zwei Kindern, die stets an

Digitized by Google

Pernionen und seit einigen Jahren an den Erscheinungen der Raynaudschen Krankheit gelitten hat, bietet seit 7 Jahren zeitweilig Knötchen- und Knotenbildungen an den Händen dar. Aus diesen Verdickungen entleeren sich gelegentlich neben Eiter auch kalkige Massen, welche chemisch als phosphorsaurer und kohlensaurer Kalk nachgewiesen worden sind.

Fall von kongenitalem Xanthom, von J. L. Bunch. Es handelte sich um einen bei der Aufnahme 6 Monate alten Knaben, bei welchem einige Wochen zuvor die erste Läsion in Gestalt einer kleinen, gelblichen Geschwulst von weniger als Bohnengröße auf der Kopfschwarte bemerkt worden war. Seitdem sind noch mehrere, allmählich wachsende Tumoren an verschiedenen Stellen hervorgetreten. Die mikroskopische Untersuchung derselben bestätigt die Diagnose. Glykosurie ist nicht vorhanden.

Ein Fall von Abnormitäten der Fingernägel in Verbindung mit sekundärer Karzinosis, von E. G. Fearnsides. Die 39jährige, in der Klinik von H. Head behandelte Frau ist früher wegen Uterinblutungen (wahrscheinlich auf karzinomatöser Basis) operiert worden, und die Untersuchung von zwei aus der rechten Leiste entfernten Drüsen ergab „sekundäre, papilläre, zystische, kubische und kolumnare Karzinosis". Während der letzten 4 Monate sind die noch wachsenden Portionen der Nägel auffallend verdickt, uneben, verhornt und undurchsichtig geworden.

Hebrasche Prurigo bei einem 15 Monate alten Mädchen, von T. C. Fox. Der Fall wird vorgestellt als Beleg für die von F. vertretene Ansicht, daß dies Leiden sua sponte und nicht als Folge von Urtikaria oder dem Bekmanschen Lichen urticatus sich entwickelt.

Fall von Dermatitis herpetiformis, von M. Morris. Bei der seit 1904 in Beobachtung befindlichen Patientin hat sich der Gebrauch von Arsenik, das bis zur Erzeugung gelinder Intoxikationserscheinungen fortgesetzt wurde, sehr bewährt.

Fall von Xantho-erythrodermia perstans (Crocker-Pernet), von G. Pernet. Es handelt sich um einen zuerst im Jahre 1903 untersuchten und bereits früher vorgestellten und in der Literatur verzeichneten Patienten, bei dem die Affektion im Laufe der Jahre so gut wie völlig unverändert geblieben ist.

Fall zum Diagnostizieren, von J. H. Sequeira. Bei der schwerkranken 40jährigen Patientin ist das Hautleiden entweder als Lupus erythematosus oder als Erythema atrophicans zu klassifizieren.

Fall von Lichen planus annularis, von J. H. Sequeira.

Fälle von paarigen Zervikalrippen in Verbindung mit vaskulären, an die Raynaudsche Krankheit erinnernden Erscheinungen, von E. G. Fearnsides und J. H. Sequeira. Der Nachweis der abnormen Rippenbildung bei den beiden hier vorgestellten Frauen (im Alter von 41 resp. 29 Jahren) konnte nur mit Hilfe der Röntgenuntersuchung erbracht werden. Bei der einen Patientin bildeten ausgesprochene Störungen des Nervensystems eine hervorstechende Eigentümlichkeit, während bei der anderen die Abnormitäten am Gefäßsystem für sich die Vermutung der abnormen Knochenbildung verursachten.

Hautschnitte von einem mit Mikrosporon infizierten Kätzchen und eine Kultur vom Haar eines durch das Kätzchen infizierten Kindes, von A. Whitfield. Bei dem Kätzchen waren die Haut und die Haare verhältnismäßig oberflächlich und an spärlichen Gebieten affiziert; bei dem Kinde hatte die Affektion gleich recht intensiv und mit der Entwicklung großer Ringe an haarlosen Hautgebieten eingesetzt.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Praktische Neurologie für Ärzte, von M. Lewandowsky-Berlin. Mit 20 Textfiguren. (Berlin, 1912, Jul. Springer.) Das dem Krankenhaus im Friedrichshain gewidmete Werk ist nach den Ausführungen des Verfassers nur für diejenigen Ärzte geschrieben, welche die Neurologie nicht als Spezialfach betreiben; um nicht durch allzu viele Einzelheiten vor der Beschäftigung mit der Neurologie abzuschrecken, ist die Materie von ganz elementaren Voraussetzungen ausgehend und mit einem Mindestmaß von theoretischer Begründung entwickelt. Die Untersuchung Nervenkranker findet eine sicher sehr vielen Ärzten äußerst willkommene Darstellung. In bezug auf die Therapie ist Verfasser besonders kritisch verfahren; die wirklich nützlichen und meist sehr einfachen therapeutischen Maßnahmen werden so ausführlich dargestellt, daß der Arzt in der Lage ist, sie selbständig anzuwenden und individuell zu modifizieren.

Das den Bedürfnissen der Praxis in jeder Beziehung Rechnung tragende Werk kann auch den Syphilidologen, die ja oft genug durch die syphilogenen Nervenkrankheiten sich neurologisch betätigen müssen, aufs beste empfohlen werden.

Fendt-Wiesbaden.

Handbuch der Sexualwissenschaften mit besonderer Berücksichtigung der kulturgeschichtlichen Beziehungen. Unter Mitwirkung von G. Buschan-Stettin, Havelock Ellis-West Drayton (Middlesex), Seved Ribbing-Lund, R. Weissenberg-Berlin und K. Zieler-Würzburg herausgegeben von Albert Moll-Berlin. Mit 418 Abbildungen und 11 Tafeln. (Leipzig, 1912, F. C. W. Vogel.) In elf Hauptabschnitten werden im vorliegenden, in erster Linie für Mediziner, dann aber auch für die Kreise, die sich ernstlich mit den Sexualproblemen beschäftigen, besonders Juristen, Soziologen und Pädagogen, bestimmten Werk die einzelnen zu den Sexualwissenschaften gehörenden Gebiete besonders behandelt, dabei aber auch der enge Zusammenhang zwischen dem Sexualleben und den Erscheinungen der menschlichen Kultur beleuchtet. Die einzelnen, in zahlreiche Unterabteilungen eingeteilten Hauptabschnitte sind folgende: 1. Biologie und Morphologie: Das Geschlecht mit besonderer Berücksichtigung des Genitalsystems des Menschen von Richard Weissenberg. 2. Die Psychologie des normalen Geschlechtstriebes von Havelock Ellis. 3. Das Sexuelle in der Völkerkunde von Buschan. 4. Die sozialen Formen der sexuellen Beziehungen von Albert Moll. 5. Die Erotik in der Literatur und Kunst von Albert Moll. 6. Weitere Beziehungen des Sexuellen zur Kultur von Albert Moll. 7. Die Funktionsstörungen des Sexuallebens von Havelock Ellis und Albert Moll. 8. Geschlechtskrankheiten von K. Zieler. 9. Sexuelle Hygiene von Albert Moll. 10. Sexuelle Ethik von Seved Ribbing. 11. Sexuelle Aufklärung, Pädagogik und Erziehung von Seved Ribbing.

Auf den Inhalt der einzelnen überaus reichhaltigen und vielfach gegliederten Abschnitte hier näher einzugehen, ist unmöglich. Jeder der Verfasser hat sich bemüht, sein Bestes zu geben und hat m. E. das ihm gesteckte Ziel erreicht. Die Ärzte werden jedenfalls vom gründlichen Studium des Werkes reichen Gewinn für sich und ihre Klienten haben. Für die Nichtärzte, die sich ernsthaft mit den Sexualproblemen beschäftigen, für die das Werk ja auch berechnet ist, dürften verschiedene Abschnitte wohl etwas zu ausführlich dargestellt sein. So erstreckt sich der erste Hauptabschnitt, Biologie und Morphologie, auf 165 und der achte, Geschlechtskrankheiten, auf 132 Seiten.

Ganz besonders zu erwähnen sind die zahlreichen (418) Abbildungen und Tafeln, die dem Werke beigefügt sind. Nach Molls Angabe werden sehr viele Bilder zum ersten Male der Öffentlichkeit übergeben. An dem hohen Wert eines großen Teiles

Digitized by Google

dieser Abbildungen in kultureller Beziehung ist nicht zu zweifeln, und der ernsthafte Forscher wird ihre Zugänglichmachung mit Freude begrüßen; andererseits aber ist doch die Befürchtung nicht zu unterdrücken, daß das Werk gerade seiner Abbildungen wegen das Interesse auch manches Unberufenen hervorzurufen vermag. Dies kleine Bedenken hindert jedoch nicht, die hervorragenden Leistungen der Verfasser nochmals anzuerkennen und dem Werke den verdienten Erfolg zu wünschen. Eine besondere Erwähnung verdient noch der Verlag der vorzüglichen Reproduktionen der Tafeln und der Abbildungen wegen. Fendt-Wiesbaden.

Hautveränderungen bei Erkrankungen der Leber, von S. Jessner-Königsberg. (Derm. Vorträge für Praktiker, Heft 24. Würzburg 1912, Curt Kabitzsch.) Die dermatologischen Vorträge Jessners haben sich in der Fachliteratur ein berechtigtes Renomee erworben. In klarer verständlicher Form behandelt er die einzelnen Dermatosen, nicht nur jede für sich als abgeschlossene Hauterkrankung, sondern auch in besonderen Vorträgen die ätiologischen Beziehungen zu den einzelnen Organen resp. zum Gesamtorganismus. Die vorliegende Arbeit, deren Lektüre sehr empfohlen werden kann, bringt uns eine ausführliche Schilderung des Ikterus, die bei dem Dermatologen ganz besonderes Interesse wachruft, mit den verschiedensten Anschauungen über die Entstehung desselben. Der anderen bei Lebererkrankungen auftretenden Hauterkrankungen wie Roseola, Petechien bei akuter gelber Leberatrophie, bei Fettleber des Xanthoms, des Xanthelasma vitiligoides, über dessen Ursache die Meinungen noch differieren, wird besonders gedacht, so daß der 23 Seiten umfassende Aufsatz uns über alles diesen Gegenstand betreffende vollständig informiert. Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Formulae magistrales Germanicae (F. M. G.), von L. Lewin-Berlin, 1912. (Deutscher Apothekerverein.) Der Verfasser verfolgt durch Bearbeitung und Herausgabe dieses wertvollen Büchleins den Zweck einer Vereinigung der in verschiedenen deutschen Staaten und Städten von manchen Ärzten verordneten Magistralformeln herbeizuführen und sie mit wissenschaftlich und praktisch wichtigen Indikationen zu versehen. Das Buch zeichnet sich besonders durch eine sinngemäße Zusammenstellung der Indikationen aus, so daß es dem Praktiker ein wertvolles Nachschlagebuch wird: So u. a.: Nervina narcotica, Nervina excitantia, Alterantia, Antifebrilia, Antiseptica, Desinficientia, Uterina, Cardiaca, Nephrica, Angistica, Adstringentia, Stomachica, Purgantia, Emetica usw. Wilhelm Chrzelitzer, Posen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

b. Cutis.

Granuloma pyogenicum (Botryomycosis hominis der Franzosen), von R. L. Sutton-Kansas City. (Amer. Journ. med. scien., Juli 1911.) Bei einem 7jährigen, sonst ganz gesunden Mädchen entwickelte sich auf der Basis eines inzidierten und in der Heilung begriffenen Furunkels am Vorderarm ein gestielter, kleinerbsengroßer Tumor. Die von dem umgebenden Eiter angelegten Züchtungen ergaben Reinkulturen von Staphylococcus pyogenes aureus. Das Gewächs wurde mit der Schere abgetragen, und der Stumpf mit fester Kohlensäure behandelt, worauf unter antiseptischer Behandlung prompte Heilung erfolgte. Histologisch stellte sich der knopfförmige Tumor als eine Anhäufung von Bindegewebe mit stark erweiterten Gefäßen dar; an verschiedenen Stellen

Digitized by Google

fanden sich herdförmige Ansammlungen von Kokken, aber von den von Bollinger beschriebenen Körperchen war nichts zu finden. Philippi-Basel Salzschlirf.

Die sogenannte Botryomycosis humana (klinischer Fall), von E. Alvarez Sainz de Aja. (Rev. clin. Madrid, 1912, Nr. 6.) Klinische Mitteilung eines Falles von Botryomykose mit folgender mikroskopischer Analyse eines exzidierten Tumors: In der Tiefe des Gewebes fand sich kein Parasit und kein Bakterium, in den oberflächlichen Schichten nur Staphylokokken und gemeine Hautbakterien. Die Struktur war diejenige der Wundgranulome. Es herrschte höchstens Zweifel, daß es sich um Rundzellensarkom handeln könnte; aber der Umstand, daß in $1^1/_2$ Jahren weder ein lokales, noch ein Drüsenrezidiv, noch Metastasen auftraten, läßt diese Diagnose gänzlich von der Hand weisen.

A. Gunsett-Straßburg.

Untersuchungen über menschliche Aktinomykose, von R. Klingen-Zürich. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 62, H. 3/4.) Die Untersuchungen K.s betreffen sieben Fälle von Aktinomykose, in welchen die im Eiter vorhandenen Drüsen neben Aktinomyces noch andere Bakterien enthielten. Die Isolierung und Weiterzüchtung der Aktinomyzeten gelang in allen sieben Fällen leicht, morphologisch zeigten die Stämme nichts Auffallendes, wiederholte Versuche über Tierpathogenität, die teils mit frischem Eiter, teils mit großen Dosen Kulturmaterial an Kaninchen und Meerschweinchen gemacht wurden, führten stets zu negativen Ergebnissen. In dreien der sieben Fälle wurden außerdem Stämme des Bac. fusiformis isoliert, die sich morphologisch und kulturell nicht von den bereits von anderen Verfassern beschriebenen unterscheiden. Die in den anderen vier Fällen isolierten gramnegativen Kokkenstäbchen gehören einer noch nicht beschriebenen Art an, für welche K. den Namen Bacterium actinomycetem comitans vorschlägt. Charakteristisch für dasselbe ist das Wachstum in der flüssigen Gelatine bei 37°, es bildet kleine, rundliche, zähe Kolonien, die in flüssigen Nährmedien nahe der Oberfläche an der Glaswand zu sitzen pflegen. Das Bakterium ist unbeweglich, für kleinere Tiere waren Reinkulturen nicht pathogen. Ob durch das Hinzukommen der anderen Mikroorganismen die Pathogenität der Aktinomyzeten erhöht wird, läßt sich nach den klinischen Erfahrungen kaum sagen, da der Verlauf der Aktinomykose, auch wenn sie als Reinfektion auftritt, bekanntlich eine sehr verschiedene sein kann. Stern-München.

Aktinomykosis (Streptotrichosis) beim Menschen, von Alfred Wood und Augustus A. Eshner-Philadelphia. (Med. Record, 4. Juni 1910.) Wie in so vielen Fällen von Lungenaktinomykosis begann auch in dem berichteten Fall eines Mannes von 36 Jahren die Erkrankung langsam und schleichend mit Zeichen der Beteiligung von seiten der Pleura, so daß erst der Verdacht auf Aktinomykosis rege wurde, als die Aspiration eine eigentümliche Flüssigkeit entleerte und die Rippenresektion so viel Eiter brachte, daß der Strahlenpilz darin nachgewiesen werden konnte. Dabei war der Prozeß weitaus nicht so ausgedehnt, wie die physikalische Untersuchung vermuten ließ, andererseits aber die Läsionen multipel über die Lunge verteilt, so daß der Patient schließlich unter allgemeinem Kräfteverfall zugrunde ging. W. Lehmann-Stettin.

Aktinomykose in Norwegen; Untersuchungen über die Ätiologie, den Infektionsmodus und die Therapie des Leidens, von F. Harbitz und N. B. Grondahl-Christiania. (Amer. Journ. med. scien., Sept. 1911.) Unter 87 Fällen von Aktinomykose, welche Verfasser teils bei Autopsien, teils an ihnen zur Verfügung gestellten Präparaten zu studieren Gelegenheit hatten, befanden sich nur zwei mit einer Lokalisation der Affektion an der Haut. Bei dem einen Patienten handelte es sich um einen zirkumskripten Abszeß des Armes, der relativ schnell abheilte, bei dem anderen führte das

Digitized by Google

am Bein lokalisierte Leiden zu einer phlegmonösen Entzündung, und der Kranke ging trotz der Amputation des Gliedes zugrunde. Neben einer kurzen Darlegung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse besprechen Verfasser speziell die bisher publizierten und ihre eigenen Züchtungsresultate. Sie erhielten einen anaeroben Typ auf folgende Weise: Die Granula wurden auf Agarplatten gebracht und drei Tage lang bei Zimmertemperatur dem Tageslicht ausgesetzt belassen. Dann wurden Abimpfungen auf die gewöhnlichen aeroben und anaeroben Nährboden ausgeführt, die bei 37° gehalten wurden. Stichkulturen auf Agar zeigten am dritten Tage schon Wachstum, die Kolonien stimmten morphologisch mit den schwefelgelben Granula überein. Mit Bouillon konnten aerobe, aber noch besser anaerobe Züchtungen erzielt werden. Mit diesen Bouillonkulturen wurden auch therapeutisch bei zwei Kranken Versuche ausgeführt. Man nahm drei erbsengroße Kulturen, verrieb sie mit 5 ccm physiologischer Kochsalzlösung und stellte die Mischung auf 24 Stunden in den Schüttelapparat. Die alsdann in lange Glasröhrchen aufgenommene Mischung wurde drei Stunden lang einer Temperatur von 80° ausgesetzt. Dann wurden zwei Lösungen davon hergestellt: a) 1 ccm der Emulsion wurde mit 50 ccm einer 0,9%igen NaCl-Lösung nebst 2 Tropfen Lysol versetzt, und b) 4 ccm Emulsion wurden in gleicher Weise verdünnt. Die Patienten litten beide an Abdominalaktinomykose; bei dem einen, einem schwerkranken Knaben, hatten die Injektionen keinen Einfluß auf das Leiden, das bald zum Tode führte; bei dem anderen, einem 22jährigen Manne, bei dem ein aktinomykotischer Abszeß schon in die Blase übergegriffen hatte, erfolgte nach etwas wechselndem Verlauf so weit Heilung, daß er wieder arbeitsfähig geworden ist, wenn auch eine verdächtige weiche Schwellung in der linken Seite noch fortbesteht. Philippi-Bad Salzschlirf.

Klinische Beobachtungen über Aktinomykose, von Nadeschda Eliasberg. (Inaug.-Dissert., Zürich 1910.) Es werden die an der Züricher chirurgischen Klinik in den Jahren 1892—1908 beobachteten Fälle von Kiefer- (Hals-, Gesichts-, Mundboden-) Aktinomykosen, von Brustaktinomykosen und von Bauchaktinomykosen eingehend geschildert und kritisch besprochen. Fritz Loeb-München.

Aktinomykosis der Haut, von Strachimir Dascaloff. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 379.) Die Aktinomykose der Haut stellt eine relativ seltene Krankheit dar, welche primär und sekundär auftreten kann. Erstere Form ist seltener. Sie wird nach Hauterosionen oder nach Verletzungen beobachtet, welche die Eingangspforten für den Parasiten abgeben. Die viel häufigere sekundäre Aktinomykose der Haut entsteht durch Verschleppung der Keime von primären Sitzen im Mund, den Luft- oder Verdauungswegen oder in seltenen Fällen von der Blutbahn aus. Die Hautläsionen können ein sehr verschiedenartiges Bild zeigen. Die knotige Form kommt indessen am häufigsten zur Beobachtung. Je nach ihrem mehr oberflächlichen oder tieferen Sitz können die aktinomykotischen Ulzerationen einen vesikulären oder ulzerogummösen Charakter aufweisen, manchmal auch eine anthrakoide Form. Die Prognose ist im allgemeinen gut zu stellen, kann aber bei Ergriffensein tiefer liegender Teile sich verschlechtern. Die Differentialdiagnose ist nicht immer einfach; es kommen in Betracht: Lupus tuberculosus, tuberkulöse und syphilitische Gummata, Pseudoaktinomykosen. Die Auffindung der gelben Körner sichert die Diagnose am zuverlässigsten. Die Behandlung besteht in der Verabreichung von Jodkali (innerlich 2—4 g pro die) oder in äußerlicher Anwendung von Jod-Jodkalilösung. Oft ist eine chirurgische Therapie am Platze. Fast immer kommt es zur Ausheilung. Fritz Loeb-München.

Zwei Fälle von Aktinomykosis, von Howard Jones-Circleville, Ohio. (Med. Record, 27. August 1910.) Zwei typische Fälle, die von kariösen Zähnen ausgingen und in der Schleimhaut der Wange große Knoten bildeten. In dem einen Fall hatte sich

Digitized by Google

auch in der Gegend des Schlüsselbeines ein Knoten gebildet, und das Allgemeinbefinden war außerordentlich beeinträchtigt; Jodkali bewirkte auch in großen Dosen keine Besserung.
W. Lehmann-Stettin.

Aktinomykose am linken Kiefer, von SIGAUD. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 13.) Bei dem Knaben, der Stroh zu kauen pflegte, entstand am linken Kieferwinkel eine langsam wachsende, weiche, bald fistulierende Geschwulst. Die Diagnose wurde auf Aktinomykose gestellt und mikroskopisch bestätigt. Richard Frühwald-Leipzig.

Aktinomykosis der Wange, verursacht durch eine Verletzung mit einem zahnärztlichen Instrument, von ALFRED STENGEL-Philadelphia. (Med. Record, 4. Juni 1910.) Ein Zahnarzt hatte das Pech, bei der Behandlung der Zähne eines 15jährigen Mädchens mit einem feinen Bohrer durch die Wange zu stoßen; die ersten Zeichen einer Schwellung und Verhärtung in der Wange wurden ungefähr nach einer Woche konstatiert. Vier Wochen nach der Verletzung wurde ein operativer Eingriff vorgenommen und in dem entleerten Eiter Aktinomycespilze nachgewiesen. Heilung unter lokaler Anwendung von Jodtinktur; kein Rezidiv. W. Lehmann-Stettin.

Wert der Serodiagnostik für die Diagnose des prämykotischen Erythems, von GAUCHER, GUGGENHEIM und PARIS. Die Verfasser sahen zwei Fälle, bei denen die Diagnose zwischen generalisiertem Ekzem und Mycosis fungoides schwankte. Die Serodiagnose war in einem Falle positiv, im anderen negativ. Im ersteren wurde die Diagnose durch die histologische Untersuchung, die typische Veränderungen der Mycosis fungoides ergab, bestätigt. Richard Frühwald-Leipzig.

Untersuchung eines Falles von Mycosis fungoides, von W. URTEL-Warsin. (Inaug.-Dissert., Greifswald 1911.) „Stellen wir uns mit HERXHEIMER und HÜBNER auf den Standpunkt", sagt Verfasser zum Schlusse seiner umfangreichen Arbeit, „daß es Pflicht ist, keinen Fall von Mycosis fungoides dem Leserkreis vorzuenthalten, so wäre hiermit der Zweck der Arbeit erfüllt." Aus dem gleichen Grund sei der Fall auch ausführlicher referiert. Die kritische Besprechung der bisher vorliegenden Literatur, die Verfasser bringt, soll nicht weiter berücksichtigt, sondern nur das Charakteristischste des Falles mitgeteilt werden. Es handelt sich um einen 37jährigen Gärtner, der auf der med. Klinik Greifswald aufgenommen wurde. Stammt aus gesunder Familie. Niemals in der Familie Hautkrankheiten. Lues und Blennorrhöe negiert. Frau und Kinder gesund. Herbst 1910 Nierenentzündung. August 1910 bemerkte Patient am linken Fußrücken eine ungefähr dreimarkstückgroße offene Wunde, die eine hell wässerige Flüssigkeit absonderte. Allmählich bildete sich eine Borke. Gibt zu, daß er sich vielleicht beim Barfußgehen die Wunde zugezogen hat. Geschmerzt hat die Wunde ebensowenig wie die späteren an anderen Stellen des Körpers auftretenden Erscheinungen. Mit Ausnahme des Gesichtes und der Hände verbreiteten sich die Wunden über den ganzen Körper. Januar 1911 bekam Pat. von einem Arzte eine Einspritzung. nach 2—3 Tagen trat im Munde ein weicher, schwammartiger Ausschlag auf, welcher Kau- und Schlingbeschwerden machte. Starke Abmagerung. Die Geschwüre haben allmählich ganz sukzessive sich entwickelt, indem sie von den Unterschenkeln aufsteigend sich über Bauch, Rücken, Brust und Arme ausbreitend, nur Gesicht und Hände freiließen. Vereinzelt heilten die Geschwüre ohne Kunsthilfe, andererseits aber traten neue an anderen Stellen auf. Die Körperhaut hat eine blasse, etwas ins Gelbliche übergehende Farbe. An den Unterschenkeln sieht man zerstreut zahlreiche pfennig- bis markstückgroße bräunliche Flecke, die im Niveau der Haut liegen und z. T. Schuppung zeigen. Ebenfalls befinden sich derartige Flecken an den Fußrändern und den Oberschenkeln. Neben diesen befinden sich auf der Haut des rechten Oberschenkels geschwulstartige, etwa wallnußgroße Erhebungen, die sich scharf gegen die gesunde Seite abheben, etwas glatt-

Digitized by Google

gedrückt erscheinen, eine rötliche Farbe haben und mit einem schmierigen Belag bedeckt sind. Andere Erhabenheiten treten viel weniger über das Niveau der Haut empor und sind viel weniger scharf gegen die gesunde Seite abgegrenzt, von bläulicher Farbe und mit Borken bedeckt. Die erhabenen Knoten haben eine derbe Konsistenz und sind auf Druck nicht schmerzhaft. Es befinden sich von diesen Knoten noch zahlreiche auf der Bauchhaut vorn, auf dem Rücken, bis zu den Schultern herauf und besonders über beide Oberextremitäten verbreitet. Ein besonders großer pilzförmiger Knoten von etwa Faustgröße und von etwas plattgedrückter Gestalt, mit überhängenden Rändern, findet sich in der linken Axillarseite, am unteren Rande des Brustkorbes, mit eitrig-gelblichgrauem, schmierigem Belage bedeckt. Andere, besonders große, hühnereigroße Tumoren, die plattgedrückt sind und zum Teil auf ihrem höchsten Punkte ulzeriert sind, finden sich in der rechten Ellenbogenbeuge, in der rechten und linken Achselhöhle. Kleine Tumoren von derselben Beschaffenheit finden sich auch an der vorderen Halsseite. Zerstreut neben diesen geschwulstartigen Geschwüren der Haut befinden sich besonders an der vorderen Brustseite zirkumskripte, wallnußgroße, weißliche Flecke mit bräunlichem Rande; sie entsprechen nach Aussage des Patienten den abgeheilten Knoten. Inguinaldrüsen sind beiderseits zahlreich etwa bohnengroß geschwollen, auf Druck nicht schmerzhaft. Die Kubitaldrüsen sind über bohnengroß, verdickt, nicht schmerzhaft. Nackendrüsen nicht fühlbar. Axillardrüsen etwa wallnußgroß, verdickt, nicht schmerzhaft. Leber und Milz nicht vergrößert. 26. 4. 17900 Leukozyten im Kubikzentimeter. Hämoglobingehalt 66%. 3560000 Erythrozyten im Kubikzentimeter. Auf Einleitung einer Arsenkur ist am 29. 4. zu bemerken, daß einzelne hasel- bis wallnußgroße Geschwüre an Armen und Beinen zu schrumpfen und einzutrocknen beginnen. Großer Tumor in der linken Achselhöhle exzidiert. Gute Heilung. Wassermann negativ. 21. 5. 14200 Leukozyten im Kubikzentimeter, 3200000 Erythrozyten im Kubikzentimeter. Hämoglobingehalt 53%. Exzision eines Tumors innerhalb der linken Darmbeinschaufel. Am linken Arm bemerkt man mehrere markstückgroße Flecken, die am Rande dunkelblau, im Zentrum rot gefärbt sind. Der Rand hat eine weiche Konsistenz. Am linken Unterarm, im Bereiche des Radius, in der Mitte zwischen Ellenbogen und Handwurzelgelenk ein exulzerierter Tumor mit kraterförmigem Grund. Rechts in der Ellenbogenbeuge noch multiple einmarkstückgroße, die Hautoberfläche überragende ulzerierte Tumoren. Ebenso am rechten Schulterblatt Flecke von der Größe eines Fünfzigpfennigstückes bis zur Größe eines Dreimarkstückes, deren Rand pigmentiert, deren Mitte heller verfärbt ist. Linke und rechte Schulter zeigt noch exulzerierte Knoten, sonst ist alles in Heilung begriffen. Der Hals zeigt noch rechts im Bereich des Zungenhornes einen Tumor, der exulzeriert ist. Ebenso findet man einen schon fast verheilten Tumor in der Höhe der Cartilago cricoidea, ebenso an der linken Halsseite etwas hinten und nach oben vom Proc. mast. Auf dem Rumpfe überall multiple Tumorstellen, die mit Narben bedeckt sind. Am rechten oberen Drittel des rechten Unterschenkels ein großer Tumor, der eine Länge von 7 cm, eine Breite von 3 cm und eine Tiefe von 2,5 cm besitzt. — 6. VII. An der linken Schulter am Rande eines alten Tumors neue, haselnußgroße, multiple Knoten. — 8. VII. Noch Tumorstellen am linken Arm, die sich schließen, sie fallen ein und sind mit Schorf bedeckt. — 9. VII. Temperatursteigerung. — 10. VII. Im Blut 1893750 rote, 3400 weiße Blutk. — 20. VII. Urin enthält Spuren von Eiweiß.

Patient verließ dann die Klinik und entzog sich weiterer Arsenkur.

Es handelte sich bei den jetzt auftretenden Erscheinungen um eine Arsenneuritis. Da infolge dieses Ereignisses die Kur ausgesetzt werden mußte, so bedeckte sich der ganze Körper allmählich wieder mit zahlreichen Knoten. Es entstand dadurch also dasselbe Bild wie am Beginn. Die Arsentherapie wurde in Kuren verabfolgt. Während

Digitized by Google

seines Klinikaufenthaltes hat Pat. die erste Kur vom 22. IV.—14. V. durchgemacht. Die zweite Kur wurde angewandt vom 29. V.—6. VII. Man ging derartig vor, daß man zuerst mit einer täglichen Injektion von 0,0005 g begann, dann allmählich bis auf 0,015 acid. as. steigt, um die Kur mit einer Injektion von 0,0025 g zu beschließen, indem man langsam wieder zurückging. Die erste Kur wurde reaktionslos vertragen mit dem großartigen oben erwähnten Erfolge. Er erhielt während der Kur 0,27 g Arsen. Die zweite Kur erstreckte sich vom 29. V.—6. VII., auch hier wurde nach demselben Prinzip gearbeitet, mit sehr kleinen Dosen zu beginnen, um langsam hinaufzusteigen. So kann man bis 0,02 g, ja bis 0,03 g steigen, um dann langsam wieder zurückzugehen. Während der zweiten Kur erhielt Pat. 0,6235 g ac. as. Auch hier schien es, als wenn die Kur gut vertragen würde. Am 8. VII. wäre die Kur beendigt gewesen, als plötzlich die genannten Erscheinungen auftraten und zum Aussetzen zwangen. Das Körpergewicht stieg nach der Kur, so betrug es am 5. VI. 60,2 kg, am 21. VI. 61,0 kg. Wie der Umstand, daß die Kur ausgesetzt werden mußte, für den Pat. verhängnisvoll wurde, und wie ferner die auftretende Arsenintoxikation auf den Organismus des Pat. wirkte, geht daraus hervor, daß am 15. VII. das Körpergewicht des Pat. nur noch 52,2 kg betrug. Also schon sieben Tage nach der Arsenintoxikation bot er ein Bild, das gewaltig abstach von dem erfreulichen Resultat, das man bis zum 8. VII. dem Arsen zu verdanken hatte. Beim Betrachten des gewöhnlichen Blutpräparates zeigen sich keine Besonderheiten. Das prozentuale Verhältnis der weißen Blutkörperchen verteilt sich derart, daß eosinophile Leukozyten 52%, polymorphkernige neutrophile Leukozyten 37%, große Lymphozyten 7%, kleine Lymphozyten 2%, Mastzellen 2% vorhanden sind. Die mikroskopische Untersuchung von Tumorschnittpräparaten zeigt ein Gewebe mit feinmaschiger retikulärer bindegewebiger Grundsubstanz, in welchem Züge von gleichgeformten rundlichen, ziemlich protoplasmareichen Zellen mit großem Kern sich befinden. Bei oberflächlicher Betrachtung hat man den Eindruck, daß lymphoides Gewebe vorliegt. Es ist ein Gewebe, das einem Lymphosarkom sehr ähnlich ist. Durch die mikroskopische Untersuchung zusammen mit dem klinischen Bilde wurde die Diagnose Mycosis fungoides gestellt. Eingeliefert wurde der Pat. unter der Diagnose: Sarkom der Haut. Angesichts des objektiven Bildes war dieser Irrtum wohl erklärlich.

Fritz Loeb-München.

Beitrag zum Studium der Mycosis fungoides, von Francesco Radaeli. (Sperimentale, 65. Jahrgang, 1911, Nr. 3.) Mitteilung eines typischen Falles von Mycosis fungoides mit genauen pathologischen Untersuchungen. Gunsett-Straßburg.

Die Ätiologie der in Surinam vorkommenden sogenannten Boschyaros, einer der Aleppobeule analogen Erkrankung, von P. C. Flu-Paramaribo. (Centralbl. f. Bakteriol., 1911, Bd. 60, H. 7.) In den drei Guyanen, vielleicht auch in Brasilien, werden Leute, die in den Urwäldern arbeiten oder sich einige Zeit darin aufhalten müssen, von einer Erkrankung der Haut befallen, die in Französisch-Guyana Pian-Bois und in Britisch-Guyana Forest-Yaws, von den Eingeborenen Surinams Boessi-Yassi (sprich bussi) genannt wird. Verfasser hatte Gelegenheit, an 6 Personen dieses Hautleiden, das mit der echten Yaws (Framboesia tropica) keine Ähnlichkeit hat, genauer zu studieren. Es ist, wie die Aleppobeule, beinahe ausschließlich auf unbedeckte Körperteile beschränkt, erscheint im Gesicht (Arcus zygomaticus), auf der Nasenspitze, Nasenflügeln, Ohrrändern, Kinn und an den Extremitäten, häufiger vereinzelt, zuweilen auch vielfach. Anfangs in Form kleiner Infiltrationen von Gerstenkorn- bis Erbsengröße werden diese allmählich pfennig- bis markstückgroß, sitzen in der Haut als deutlicher Tumor und beginnen nach einer gewissen Zeit weich zu werden, zu abszedieren. Schmerzhaft sind diese Geschwüre ebensowenig, wie die Infiltrationen, der Allgemeinzustand ist

Digitized by Google

meist ein guter. Der Verlauf der Krankheit ist äußerst chronisch, die Geschwüre können jahrelang beinahe unverändert bleiben, oder sich auch sehr langsam, aber unausgesetzt ausbreiten; schließlich tritt spontan oder nach entsprechendem chirurgischem Eingriff Genesung ein, wobei eine meist pigmentierte Narbe zurückbleibt. In der Regel tritt nach dem Überstehen der „Boschyaws" Immunität ein, doch sind auch Fälle bekannt, wo ein und dieselbe Person dreimal befallen wurde. Die Erreger der „Boschyaws" sind nach den eingehenden Untersuchungen des Verfassers Organismen, die eng mit den Trypanosomen verwandt sind und zur Gruppe der Leishmania gehören; morphologisch stimmen sie mit der Spirochaeta refringens überein. Epidemiologisch ist wichtig, daß Infektion mit Boschyaws nicht das ganze Jahr hindurch, sondern meistens im Anfange der Regenzeiten vorkommt. Die Art der Übertragung ist noch eine unbestimmte, Insekten, Fliegen usw. können bei der Übertragung eine Rolle spielen, was aber noch unbewiesen ist. Mit der Aleppobeule ist diese Affektion sicher identisch, vielleicht auch mit einer bei brasilianischen Bahnarbeitern unter dem Namen Ulcera de Bauru bekannten Krankheit. Stern-München.

Versuche der Salvarsananwendung bei der Orientbeule (Pendinsches Geschwür), von Iwanow und Welikanow. (Russki Wratsch, 1911, Nr. 51, S. 2079.) Bei der Seltenheit des Vorkommens der Orientbeule in Petersburg oder, wie die Krankheit in Rußland genannt wird, Pendinsches oder Taschkentsches Geschwür oder Aschabadka, haben die Verfasser das Salvarsan nur in drei Fällen dieser Krankheit anwenden können. In zwei dieser Fälle war durch verschiedene Nebenumstände die Deutung der Wirkung des Salvarsans zweifelhaft, im dritten Fall, bei einer Anwendung von 0,8 Salvarsan, in zwei Malen im Laufe von 10 Tagen, entschieden negativ. Dennoch raten die Verfasser, auf Grund der Schwierigkeit der Behandlung dieses Leidens, entschieden zu weiteren Versuchen. Arth. Jordan-Moskau.

Verschiedenes.

Die 84. **Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte** findet vom 15. bis 21. September in **Münster i. W.** statt. In Abteilung 28, Dermatologie und Syphilis (I. Einführender: Dr. Doyé) sind bislang folgende Vorträge angemeldet: Klingmüller (Kiel), Prognose der Syphilis; Bering (Kiel), Syph. congenita tarda; Wichmann (Hamburg), Erfahrungen mit Mesothorium; Fabry (Dortmund), Demonstration; Strümpell (Hannover), Thema vorbehalten; Delbanco (Hamburg), Klin. und anatom. Mitteilungen: Salomon (Coblenz), Thema vorbehalten; Kromayer (Berlin), Ursachen und Behandlung des Haarausfalles; Schreiber (Magdeburg), Neosalvarsan; Heidingsfeld (Cincinnati), Sklerodermähnliches Epitheliom; Spiethoff (Jena), 1. Salvarsan und Nervensystem; 2. Behandlung des Lupus vulgaris; Hesse (Düsseldorf), Die Funktion des Frenulum praeputii und ihre Bedeutung für die Infektionen der Urethra; Löwenberg (Düsseldorf), Thema vorbehalten; Jul. Müller (Wiesbaden), Thema vorbehalten.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

22. Juni 1912 | Nr. 25 | Band 54

Kutane Reaktion bei Gonorrhöekranken.

Von

Dr. Y. Sakaguchi und Dr. Ch. Watabiki, Tokio.

Während seines akuten Verlaufes ist der Gonorrhöeprozeß sehr leicht diagnostizierbar, weil eine reichliche Menge von Sekret, entsprechend dem diffusen oberflächlichen Schleimhautkatarrh ausfließt, welches eine große Menge von spezifischen Erregern enthält. Aber wenn er einmal auf irgend eine bestimmte Stelle, z. B. subepitheliale Schleimhaut, Schleimhautlakunen und Schleimdrüsen besonders in den Littreschen Drüsen lokalisiert ist, so ist sein Sekret minimal und sehr schwer weder durch Thompsonsche Probe noch Urethralwaschung zu erlangen. Daher wird es dem praktischen Arzte nicht leicht, in solcher Zeit eine sichere Diagnose auf Gonorrhöe zu stellen. Auch wenn wir einen Gonorrhöekranken gründlich behandelt haben und sowohl in seinem Harn als auch in den Harnwegen keine Veränderung mehr konstatieren können, so ist es schwer festzustellen, ob der Gonorrhöeprozeß schon geheilt ist oder noch an irgend welcher Stelle schleichend weiterexistiert. Darum sind zu dieser Zeit verschiedene Untersuchungen wichtig und zwar:

1. die des ersten Morgenharns,
2. die des Bonjour-Tropfens.
3. Wenn diese beiden Zeichen fehlen, wird man den Kranken vielleicht nach übermäßigem Trinken, oder Bergsteigen, Schwimmen, Turnen u. dgl. in einer nun anzustellenden Reaktion prüfen oder sogar
4. durch Injektion von Sublimat- oder konzentrierter Höllensteinlösung feststellen, ob eine intensive Eiterung eintritt oder
5. nach Nobl und C. Alexander eine Injektion von 3—6%iger Hyperidrollösung in die Urethra anwenden, wodurch bei der Schaumbildung die in der Urethra enthaltenen Elemente zutage treten.
6. Durch Massage der Prostata und Samenblase wird man das Sekret sammeln.
7. Nobl und Kremer benutzten den Negativdruck bei der Diagnose des chronischen Trippers, Winkler beim Frauentripper und Rudolf u. a. bei Endometritis gonorrhoica.
8. v. Crippa verwendete über Fingers Anregung die Kugelbougie zur Herausbeförderung des Urethralsekrets oder die Betastung von innen und außen, um die Infiltrationen und Knoten in der Urethra zu konstatieren. Diese Methode ist sehr brauchbar, es gibt aber ziemlich viele Männer, welche sehr enge Orifizien haben, trotzdem innen ihre Urethra bedeutend weiter ist. In solchen Fällen bringt ein derartiges Verfahren keinen Nutzen, es liegt sogar zeitweise die Gefahr vor, daß das Gift

Digitized by Google

weiter nach hinten befördert wird, wenn die Krankheitsherde noch ungeheilt vorliegen; deswegen kann man sagen, daß durch diese Sondierungen zeitweise Rezidive oder sogar ganz neue Herde geschaffen werden können.

9. Bei dem oberflächlichen leichten oder tiefgreifenden Infiltrat, bei strikturierender Schwiele kann man außer die obengenannte Kugelbougie noch Sonden von Metall oder Gummi benutzen, ferner die Untersuchung der Dehnbarkeit der Schleimhaut durch das Urethrometer und endlich das Endoskop, um direkt zu sehen, was vorliegt.

Wir haben verschiedene der gebräuchlichen Hilfsmittel zur Diagnose der chronischen Gonorrhöe sowie zweifelhafter Fälle aufgezählt, aber keines davon ist unfehlbar, und man kann sich, wenn man nicht geübt ist, leicht irre führen lassen.

Eine neuere Methode stammt von C. Bruck. Er machte erfolgreiche Versuche, bei Gonorrhoikern durch die Gonotoxinimpfung die Diagnose zu stellen, analog der Pirquetschen Tuberkulinreaktion bei Tuberkulösen. Er hat 29 Fälle geprüft. Unter 13 Gonorrhoikern waren 11 positiv, nur 1 negativ. Unter 6 abgelaufenen Gonorrhöen waren 2 positiv und 4 negativ; von 10 Gesunden waren 8 negativ, 2 zweifelhaft.

Wenn man durch eine so einfache Untersuchung die richtige Diagnose stellen könnte, so wäre diese die bequemste und wertvollste Methode, deshalb haben wir sofort die Nachprüfung vorgenommen. Bruck hat indes die Anfertigung des Toxins nicht genauer beschrieben (vielleicht war es sog. Vakzin).

Wir haben daher alle nur möglichen jetzt üblichen Darstellungsweisen des Toxins benutzt.

I. Ein Toxin, welches in der Art des Typhustoxins nach Chantemesse hergestellt wurde:

Darstellung: 1. Von dem Kranken entnommene Gonokokken wurden 24 Stunden lang in Blutserumagar bei 37° C gezüchtet.

2. Die entwickelte Kolonie strichen wir auf eine sterilisierte Uhrschale und ließen sie 2 Stunden lang in einem, Kupfersulfat enthaltenden Trockenapparat trocknen und in toto absterben. Die getrocknete Kolonie haftete nun an der Schale glänzend wie Glimmerpulver.

3. Man kratzt die Kolonie von der Schale in den Achatmörser und zerkleinert sie durch Reiben und vermischt sie allmählich mit destilliertem Wasser. Dadurch werden die Toxine aus den Kokkenleibern extrahiert.

4. Dieses Gemisch wird 48 Stunden lang im Schüttelapparat geschüttelt, dann wird

5. 1 Stunde lang bei 60° C erhitzt.

6. Nun wird zentrifugiert und die obere klare Flüssigkeit gesammelt.

7. Alsdann wird der Flüssigkeit eine 10fache Menge absoluten Alkohols zugesetzt, wodurch das Toxin niedergeschlagen und ausgeschieden wird.

8. Im Zentrifugalapparat bewirkt man den gänzlichen Niederschlag des Toxins und macht es im Trockenschrank wasserfrei. Durch Zer-

Digitized by Google

reiben der trockenen Substanz erhält man ein grauweißes Pulver. Wir haben mit destilliertem Wasser eine 2%ige Lösung davon angefertigt und diese Gonotoxinlösung I genannt und an 20 Kranken geprüft.

Impfmethode: Wir haben die Beugeseite des Oberarmes des betreffenden Kranken mit einem in Alkohol getauchten desinfizierten Tuch gereinigt. Nach dem Trocknen der Haut machten wir ganz seichte Kreuzschnitte in die Epidermis und rieben das Toxin ein. Manchmal haben wir auch Pirquetsche Impfbohrer gebraucht. Sodann wurde vermittels sterilisierter Gaze ein leichter Verband hergestellt und nach 24 bis 48 Stunden untersucht.

Gonotoxin I.

Nr.	Name	Alter	Klinische Diagnose	Resultat
1.	Iz.	39	G. subacuta	—
2.	Fus.	29	G. chronica mit akuter Exazerbation	—
3.	Fuk.	26	G. subacuta	Leichtes Jucken und leichte Rötung in der Umgebung der Schnittwunde.
4.	Nin.	22	G. subacuta	—
5.	Yam.	24	G. acuta	In der Umgebung zeigt sich eine leichte Rötung.
6.	Son.	28	G. subacuta	—
7.	Tag.	23	G. chronica	—
8.	Ko.	26	„	—
9.	Ki.	24	„	—
10.	Ha.	24	G. chron. mit Prostatitis	—
11.	Mi.	34	G. chron. mit akuter Exazerbation	Leichtes Jucken.
12.	Iz.	35	G. subacuta mit Prostatitis	—
13.	Mi.	35	G. chron mit Prostatitis u. akuter Exazerbation	—
14.	Fuk.	28	G. chron. mit Prostatitis	—
15.	Ri.	32	G. subacuta mit Prostatitis	—
16.	As.	28	G. acuta mit Prostatitis	—
17.	K.	30	G. acuta mit Epididymitis sinistra	—
18.	Ok.	20	G. acuta mit beiderseitiger Epididymitis	Leichtes Jucken.
19.	Ko.	31	G. subacuta mit beiderseitiger Epididymitis	—
20.	Mu.	30	Sexuelle Neurasthenie	—

Digitized by Google

Unter 20 Kranken waren 9 mit akuter, subakuter oder sogar chronischer Urethritis gonorrhoica, 7 kombiniert mit Prostatitis gonorrhoica, 3 mit Epididymitis und einer war mit sexueller Neurasthenie behaftet. Von diesen fühlten 3 nur sehr leichtes Jucken an den betreffenden Impfstellen, und 2 zeigten nach 48 Stunden ganz schwache Reaktion (leichte Rötung und minimale Anschwellung), die anderen 16 zeigten keine Reaktion, keine Schwellung und Rötung, d. h. alles war gänzlich negativ.

Fragen wir weshalb? Das Toxin, welches nach CHANTEMESSEscher Methode hergestellt wurde, verliert überhaupt durch die Veränderung seine Eigenschaft während der Behandlung; also die Darstellungsweise ist falsch oder in dem Serum der Tripperkranken, besonders der nur mit Urethritis Behafteten sind keine reagierenden Antikörper enthalten. Nach unseren täglichen Erfahrungen an Gonorrhoikern, welche mit Epididymitis kompliziert sind, wird wenn auch nur für eine bestimmte Zeit, der Ausfluß aufgehoben, dadurch kann man mehr oder weniger die Antikörperbildung im Blutserum vermuten; trotzdem zeigten sie keine bestimmte Reaktion.

Wenn unser Toxin richtig dargestellt ist, so ist anzunehmen daß im Krankenserum kein Antikörper gebildet wird. Vielleicht wird durch begleitende andere Symptome, besonders Fieber, eine Zeitlang der Ausfluß aufgehoben; oder man kann annehmen, daß, wenn es auch eine Antikörperbildung giebt, ihre Menge so winzig ist, wie die Reaktion anzeigt. In der Literatur bestätigten verschiedene Autoren den Antikörper bei generalisierter Gonorrhöe und auch im Serum von mit Gonokokken immunisierten Tieren; deswegen haben wir bei Patienten mit gonorrhoischen Metastasen und mit allgemeiner Infektion Versuche angestellt und uns bestrebt, die Frage zu lösen.

I. Gonotoxin bei metastatischer Gonorrhöe.

Nr.	Name	Alter	Kl. Diagnose	Resultat
1.	Su.	39	G. mit linksseitiger Handgelenksentzündung	+ Alle Impfstellen geschwollen, gerötet.
2.	Na.	25	G. rechtsseitige Handgelenk-, linksseitige Knie-, linksseitige Fußgelenksentzündung	± In der Umgebung der Impfstellen zeigen sich leichte Rötung und Schwellung.
3.	Yo.	27	G. Steifigkeit nach Gonitis gonorrhoica	—
4.	Ta.	32	G. mit Gonitis sinistra	—

Digitized by Google

Wie die Tabelle zeigt, reagieren allgemein infizierte Gonorrhoiker nicht so oft, wie wir angenommen haben, deswegen kamen wir zur Frage, ob das Toxin schon seine Wirkung bei der Herstellung verloren hat, und wir verbesserten dasselbe.

Wir haben die Gonokokken in mit Pferdeserum gemischter Bouillon drei Wochen lang gezüchtet, um die Kultur die höchste Entwicklungsstufe erreichen zu lassen; dann wurde diese flüssige Kultur auf dem Wasserbade erwärmt und verdampft, bis sie zu $^1/_{10}$ Volumen eingeengt war, und Karbolsäure 0,5% zugesetzt.

Dieses zweite Toxin haben wir Gonotoxin II. genannt und an 11 Kranken geprüft (nach Kochscher Darstellungsmethode von Alttuberkulin).

Gonotoxin II.

Nr.	Name	Alter	Kl. Diagnose	Resultat
1.	It.	26	G. acuta	—
2.	Ha.	26	G. mit Prostatitis chron.	—
3.	Se.	25	G. mit Prostatitis chron.	—
4.	Ch.	25	G. chronica, Lues	—
5.	Na.	33	G. chron. mit Perinealabszeß	—
6.	Na.	30	G., Epididymitis dextra	+ Jucken mit leichter Rötung und Schwellung.
7.	S.	22	G. acuta, Epid. sinistra	± In der Umgebung zeigte sich leichte Rötung.
8.	Mo.	30	G., Epid. sinistra, Prostatitis	±
9.	On.	31	G., Epid. sinistra	±
10.	Su.	39	G., abgelaufene linksseitige Handgelenksentzündung	+
11.	Sh.	20	Epid. tuberculosa dextra	—

Wie diese Tabelle zeigt, waren 2 positiv, 3 fraglich und die sämtlichen anderen Gonorrhoiker sowie auch ein Tuberkelkranker blieben negativ. Man muß betonen, daß die positiv oder fraglich reagierenden Kranken in serologischer oder klinischer Beziehung das Vorhandensein des Antikörpers in dem Serum vermuten ließen, d. h. es waren Gonorrhoiker mit Allgemeininfektion oder es lag Komplikation mit Epididymitis vor.

Wir gingen noch einen Schritt weiter, um unser Toxin zu verbessern.

Gonokokken-Vakzin III. Wir haben die Gonokoken auf Serumagar gezüchtet und nach 24 oder 48 Stunden mit einer möglichst kleinen Menge von destilliertem Wasser gemischt (es ist ja bekannt, daß bei der

Digitized by Google

Vakzinetherapie der Kranke keine Hautreaktion im injizierten Hautteile zeigt, darum zogen wir konzentrierte Toxinlösung vor) und 1 Stunde lang im Wasserbad in 60° C erwärmt und danach 0,5 % Karbolsäure zugesetzt, dann an 14 Kranken geprüft.

Gonotoxin III (Gonokokken-Vakzin).

Nr.	Name	Alter	Kl. Diagnose	Resultat
1.	R.	23	G. mit Prostatitis	—
2.	Ha.	28	G. mit Prostatitis	—
3.	Ch.	27	G. acuta mit Bubonuli	—
4.	Os.	25	G. recidiva	—
5.	Ni.	27	G., Prostatitis und Perinealabszeß	—
6.	Ya.	36	G. recidiva mit Perinealabszeß	—
7.	F.	30	G. subacuta	—
8.	Ku.	30	G. chron. und Lues	—
9.	So.	26	G. chron.	—
10.	Se.	25	G. chron. und Prostatitis	—
11.	Sh.	24	G. subacuta mit Epididymitis sinistra, Diabetes mellitus	± Leichte Rötung.
12.	Sa.	28	G., Epididymitis dextra, Prostatitis und Perinealabszeß	±
13.	S.	22	G., Epididymitis sinistra, und Prostatitis	±
14.	Fu.	23	Ulcus molle mit Lymphadenitis inguinalis sin.	±

Die Folge war, wie die Tabelle zeigt, daß unter 14 Kranken nur drei Epididymiker und ein Kranker, welcher an weichem Schanker litt, sehr schwach reagierten.

Schlußfolgerungen.

Wir haben verschiedene Herstellungsweisen von Gonotoxin angewendet und an verschiedenen Gonorrhoikern geprüft, aber nur ein sehr geringer Prozentsatz davon zeigte positive oder sehr schwache Reaktion, und zwar fast ausschließlich Kranke mit Allgemeininfektion oder mit Epididymitis, an welchen klinisch oder serologisch in gewissem Grade Antikörper konstatiert werden konnten. Man kann daher bei solchen Kranken die Diagnose stellen, wenn man stärkeres Toxin verwendet; aber es lohnt sich nicht, weil die Herstellung des Toxins sehr schwierig ist und weil sich

Digitized by Google

die Diagnose schon aus dem klinischen Befunde ergibt. Unsere Hoffnung, den Fortbestand der Gonorrhöe oder deren Heilung durch die Gonotoxinimpfung zu diagnostizieren, erfüllte sich gleichfalls nicht.

Literatur.

1. C. Bruck: Über spezifische Behandlung gonorrhoischer Prozesse. Dtsch. med. Wochenschr., 1909, Nr. 11. — 2. Chantemesse: L'ophthalmo-diagnostic de la fièvre typhoide. Dtsch. med. Wochenschr., 1907, Nr. 39. — 3. C. Pirquet: Über das Verhalten der menschlichen Haut gegen bakterielle Giftstoffe. Wien. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 17 u. 25. — 4. Artur Fontana: Über die Diagnose der Lues durch die Intrademoreaktion. Derm. Wochenschr., 1912, Bd. 54. Nr. 4. — 5. Noguchi: Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 45. — 6. Oberländer: Handbuch der Urologie. — 7. Finger: Blennorrhöe der Sexualorgane. — 8. Handbuch der Geschlechtskrankheiten, Bd. 1. — 9. Oberländer und Kollmann: Die chron. Gonorrhöe der männlichen Harnröhre. — 10. Sakaguchi und Watabiki: Kutane Reaktion bei den Gonorrhöekranken. Japan. Ztschr. f. Derm., 1909, Bd. 9, Nr. 12; 1911, Bd. 11, Nr. 4. — 11. Kolle und Wassermann: Handbuch der pathol. Mikroorganismen. — 12. Kolle und Hetsch: Die experiment. Bakteriologie und die Infektionskrankheiten im besonderer Berücksichtigung der Immunitätslehre. 2. Aufl.

Ursprung der Lepra[1]).

Von

Dr. C. Engelbreth, Kopenhagen.

(Schluß.)

III.

Nachdem wir nun die eigentümliche Verbindung festgelegt haben, welche zwischen Ziegen und Lepra besteht, ist sofort die Frage aufzuwerfen: Was findet sich denn an der Ziege, das die Lepra beim Menschen hervorruft? Ist es vielleicht eine Wanze oder ein Eingeweidewurm, oder ist es die Ziege selbst? Hier erhalten wir sofort die nötige Auskunft aus Kedrowskys Untersuchungen. Kedrowsky in Moskau hat über 10 Jahre mit der Einimpfung von Lepra an Kaninchen und Meerschweinchen, Ratten und Mäusen experimentiert. Er hat gefunden, daß Lepra, mit der Tiere geimpft sind, der Tuberkulose völlig ähnlich ist, und er gibt Danielsen recht, daß Lepra und Tuberkulose Zweige desselben Stammes sind.

Wir können hieraus schließen, daß das, was an der Ziege Lepra beim Menschen hervorrufen soll, ein internes Leiden sein muß, welches der Tuberkulose ähnlich ist. Wir bemerken aber sofort, daß dieselbe mit der allgemeinen Viehtuberkulose nicht identisch sein kann, denn, wie ich schon früher angeführt habe, ergibt die Viehtuberkulose, auf den Menschen überführt, die Krankheit, welche wir Lupus nennen.

Es muß sich also bei der Ziege eine besondere Krankheit finden, die im großen und ganzen wohl der Tuberkulose ähnlich ist, sich aber doch in eigentümlicher Art von derselben unterscheidet.

---

[1]) Vortrag, gehalten in der mediz. Gesellschaft zu Kopenhagen am 19. März 1912.

Digitized by Google

Es gilt also, diese merkwürdige Krankheit zu finden. Vergebens aber durchstöbert man verschiedene Pathologien für Haustiere. Man findet nur, daß die Ziege dieselbe Tuberkulose wie das Vieh hat, wenngleich sehr selten.

Hier aber gilt es „grabt nur danach" — und auf der fortgesetzten Suche finde ich eine kleine Abhandlung vom Tierarzt Karl Hertha in Berlin, für den Doktorgrad verfaßt. Sie heißt: „Beitrag zur Kenntnis der Ziegentuberkulose, 1910."

Hertha erwähnt erst eine Reihe von Verfassern, welche Fälle von Tuberkulose bei Ziegen untersucht haben, sowohl solche, welche der Viehtuberkulose ähnlich sind, als auch einen einzelnen Fall, der von diesem Typus abwich. Er erörtert alsdann die Häufigkeit der Ziegentuberkulose und findet sie zwischen $^1/_2$—$1\,\%$, während die Viehtuberkulose nach den Schlachthäusern ca. $20\,\%$ beträgt.

Demnächst teilt er 8 Fälle von Tuberkulose bei Ziegen mit. Er hat die Organe untersucht, die aus verschiedenen Gegenden Deutschlands nach Berlin eingesandt waren, ein einzelnes stammte aus der Schweiz. Seine Untersuchungen sind sehr interessant und zeigen, daß bei der Ziege zwei verschiedene Arten von Tuberkulose auftreten.

Die eine Art verhielt sich genau wie die Tuberkulose sonst bei dem Vieh. Es fanden sich kleine frische Knötchen und große käsige Knoten, Konglomerate solcher Knoten, tuberkulöse Abszesse und Kavernen. In diesen Formen wurden leicht Tuberkelbazillen nachgewiesen.

Die andere Gruppe zeigte ein von der ersten ganz verschiedenes Bild. Es fanden sich nur graue oder graugelbe feste Knoten mit einer glattwandigen Kapsel und einem halbfesten oder fettigen Inhalt, der leicht in toto ausgeschieden wird — und nicht Tuberkelbazillen enthielt, — aber wohl zahlreiche andere Bazillen. Diese eigentümlichen grauen Knoten ließen sich in allen inneren Organen, besonders in der Leber, Milz und Lunge finden. Ihre tuberkulöse Natur bestätigte sich durch Impfung von Kaninchen und Meerschweinchen, und den Bazillentypus bestimmte Hertha als Typus bovinus.

Das kann natürlich keine Verwunderung erregen, die Hauptsache aber ist, daß wir diese merkwürdige Form der Tuberkulose nur bei der Ziege finden, welche in ihrem ganzen pathologisch-anatomischen Bilde von der allgemeinen Viehtuberkulose abweicht.

Hier haben wir offenbar das Leiden, das mit dem Aussatz identisch und die Ursache für jenen beim Menschen sein muß. Daß dies richtig sei, sieht man daraus, daß diese eigentümliche Ziegentuberkulose Herthas völlig dem entspricht, was Kedrowsky bei seinen Versuchstieren beschrieben hat, wo die Lepra in die Blutgefäße eingeimpft wurde, und ferner dem entspricht, was Danielsen als Lepra in den inneren Organen, besonders in der Leber der Aussätzigen beschrieben hat.

Diese Zusammenstellung der Arbeiten von Hertha, Kedrowsky und Danielsen bildet das letzte abschließende Glied der Beweiskette. — Wir haben die Lepra bei der Ziege entdeckt. Wir haben den Ursprung des Aussatzes beim Menschen gefunden. — Der Aussatz des Menschen muß eine Ansteckung von leprösen Ziegen sein.

Es klingt als eine überraschende Neuheit, und Sie werden sofort sagen: „Es müßte doch höchst sonderbar sein, wenn das richtig wäre! Daß man nicht in den Tausenden von Jahren, wo der Mensch von dieser furchtbaren Krankheit geplagt war, diesen Zusammenhang wenigstens geahnt haben sollte!" Ja, es würde auch sonderbar gewesen sein. Man hat es aber früher geahnt! Forscht man unter den Eingeborenen in Lepragegenden Indiens, Südafrikas, Griechenlands, Chinas, Rußlands nach, begegnet man — nach Mitteilungen von Hutchinson, Hunter, Sticker — überall der Anschauung, daß Lepra von gleichzeitigem Genuß von Fischen und Milch hervorgerufen werde. Und auch bei

Digitized by Google

den Verfassern des Altertums und des Mittelalters, bei Avicenna, Gilbertus Anglicus, Gordonius, Johannes de Gaddesden findet man dasselbe: «lac et pisces in eadem mensa inducit lepram!» Die Milch aber, die hier überall an der Ursache der Lepra schuld sein soll, ist gerade die Ziegenmilch. —

Sie sehen, daß meine Entdeckung auf einfache Weise von den überall in Lepragegenden gemachten Beobachtungen und von den klassischen Verfassern gestützt wird. Andererseits ist es ganz natürlich, daß dieser Zusammenhang nicht deutlich gewesen ist. Man bedenke nur, daß ein internes Leiden der Ziege ein externes Leiden des Menschen hervorruft, und daß diese Leiden ja durchaus nicht einander gleichen. Es gehört doch etwas dazu, die Verbindung zu entdecken. Ferner muß man bedenken, daß dieses interne Leiden der Ziege der Tuberkulose ähnlich ist und wohl immer als solche aufgefaßt wurde.

Wir haben also gesehen, daß die Lepra des Menschen von der Lepra der Ziege herrühren muß, oder wenn man will, von der besonderen Tuberkulose der Ziege. Wie aber wird diese auf den Menschen überführt?

Hier habe ich schon auf die in den letzten Jahren immer wieder gemachte Beobachtung aufmerksam gemacht, daß sich das Initialleprom in der Nase findet. Es ist daher wohl anzunehmen, daß die Ansteckung durch die Nägel von der Ziege überführt und in die Nase eingeimpft wird, ebenso wie beim Lupus. Die Beobachtung, daß die Javanesen durch die Füße infiziert werden, weil sie barfuß gehen, deutet weiter darauf, daß es besonders die Exkremente der Ziege sind, welche die Infektionsgefahr enthalten, was damit übereinstimmt, daß Boeck gefunden hat, daß die Exkremente der Aussätzigen besonders reich an Bazillen sind. Endlich aber deutet die viszerale Lepra des Menschen darauf, daß der Leprabazillus auch durch den Verdauungskanal infizieren kann, und hiermit wird der Gedanke darauf gelenkt, daß die Infektion auch durch die Ziegenmilch stattfinden kann, so wie die schon angeführten Beobachtungen behaupten. Infektion der Nägel durch Berührung der kranken Tiere, die Exkremente derselben und die Milch sind die Wege, durch welche die Lepra auf den Menschen übertragen wird.

Unter den Ziegen wird die Krankheit wahrscheinlich von einem Tier auf das andere übertragen. Ihre Ansteckungsfähigkeit aber hängt natürlich davon ab, in welchem Grade sie infiziert sind. In Lyon fand man im Schlachthause unter 3000 Ziegen nur 10 tuberkulöse, und dazu stimmt die Tatsache, daß die Lepra in Südfrankreich nicht besonders verbreitet ist. Andererseits wird man natürlich auf Inseln, wie Malta, Kreta, Zypern oder auf den Felseninseln des westlichen Norwegens, wie Fjeld Amt, eine mehr verbreitete Krankheit bei den Ziegen finden, weil diese Inseln das Einernten notwendig machen. Und ebenso wird sich überall, wo die sanitären Verhältnisse schlecht sind, eine größere Kränklichkeit bei den Ziegen und damit eine größere Verbreitung der Lepra beim Menschen finden. Andererseits ist es wahrscheinlich, daß sich die Lepra auch vom Menschen auf die Ziege übertragen läßt, weil Menschenexkremente Mengen von Leprabazillen enthalten, und die Ziegen in hohem Grade gefräßig und unsauber sind. Es ist deswegen wahrscheinlich, daß das Isolieren aussätziger Menschen von Nutzen sein kann, indem man den einen Faktor des Ansteckungskreises entfernt; selbstverständlich aber kann ein solches Isolieren bei den nötigen Kautelen auch überflüssig sein.

Die Bekämpfung des Aussatzes geschieht nämlich durch die Abschaffung der Ziegen. Es kommt nur darauf an, die für die Ansteckung gefährlichen Ziegen zu entfernen. Man braucht nicht, wie Christian III. es tat, sämtliche Ziegen auszurotten, um auch die Lepra auszurotten, — man kann sich damit begnügen, sämtliche Ziegen mit Tuberkulin zu untersuchen — die leprösen werden reagieren — und alle die zu schlachten, welche reagiert haben. Es wird keine unüberwindliche Arbeit, wohl aber der Weg

Digitized by Google

zur völligen Ausrottung der Lepra sein. Möglicherweise wird man auch ein Mittel zur Behandlung der 300000 Aussätzigen finden, die sich, wie man annimmt, augenblicklich auf der Erde finden; denn ein Tuberkulin, von der Lepra der Ziege hergestellt, wird Aussicht haben, etwas für die unglücklichen Patienten ausrichten zu können.

Wie Sie sehen, ist diese Darstellung in großen Zügen die theoretische Grundlage für eine ganz neue Lepralehre. Sie erklärt alles das, was früher Mystik war, und sie gibt uns eine neue und große Hoffnung, die Lepra zu besiegen.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am 14. Mai 1912.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Nachruf auf Magnus Möller.

2. Rosenthal berichtet über den Verlauf und die Ergebnisse des Internationalen Dermatologenkongresses in Rom.

3. Heller spricht über **Onychomadisis** (das Abfallen der Nägel) und über **Onycholysis** (die Ablösung der Nägel ohne pathologische Veränderung des Nagelorgans). Vorstellung eines Falles und Besprechung seiner Entstehung im Zusammenhang mit Frost.

4. Heller demonstriert und bespricht die **Esthiomène** der weiblichen Genitalien. Syphilis schließt er in seinem Falle aus und findet auch keinen Anhaltspunkt für Tuberkulose.

Diskussion: Pinkus bevorzugt den ganz indifferenten Namen Ulcus chronicum. Er hält die Affektion in den meisten Fällen für die Folge blennorrhoischer Gefäßverlegungen und von Obliterationen der Inguinaldrüsen. Heller hat in seinem Fall nichts von Blennorrhöe finden können.

5. Heller bespricht einen früher vorgestellten Fall, den er im Gegensatz zu anderen als **Sklerodermie mit nachfolgender Hautatrophie** aufgefaßt hat. Die Patientin hat inzwischen Suizid verübt. Diese psychische Störung bestärkt ihn in der Ansicht der Sklerodermie im Gegensatze zur einfachen Hautatrophie, da bei ersterer nervöse Nebenerscheinungen sehr gewöhnlich sind, während von solchen bei der gewöhnlichen Hautatrophie nichts bekannt ist.

Diskussion: O. Rosenthal glaubt nicht, daß man aus dieser Kombination einen Schluß der berichteten Art ziehen könne.

6. Lipman-Wulf demonstriert einen früher (auf dem internationalen Dermatologenkongreß in Berlin) von sämtlichen Autoritäten als **Hebrasche Pityriasis rubra** angesprochenen Fall. Es ist, wie eine jetzt aufgetretene Neueruption zeigt, eine Psoriasis mit der Neigung zu allgemeiner Erythrodermie.

Diskussion: Saalfeld und Blaschko haben den Fall auch damals schon als Psoriasis angesehen. Arndt ist der Ansicht, daß die Hebrasche Pityriasis rubra durch unsere Fähigkeit, die Krankheitsprozesse jetzt besser zu erkennen, in viele Unterabteilungen anderer Art mit eingeordnet werden müsse, so daß von dem klinischen Begriff so gut wie nichts übrig bleibe. Dieselbe Ansicht vertritt O. Rosenthal: es gibt wohl das klinische Bild der Pityriasis rubra Hebras. Aber da wir die Ätiologie besser kennen, zerfällt es in ätiologisch und pathologisch-anatomisch geschiedene Unterabteilungen.

Digitized by Google

7. Arndt demonstriert eine **Laboratoriumsinfektion mit Sporotrichum Beurmanni,** von einer Pariser Kultur.

8. Adler demonstriert einen an **malignem Magentumor** leidenden Mann mit einem **Erythem**ausbruch.

Diskussion: O. Rosenthal sieht die Eruption als ein toxisches Erythem an.

9. Rosenthal demonstriert einen jungen Mann, der nach Behandlung seiner **Syphilis** mit Salvarsan ein ausgebreitetes **Hautrezidiv,** besonders am Gesicht und der Stirn, bekommen hat.

Diskussion: Adler sieht die Eruption am Körper für nicht syphilitisch, sondern seborrhoisch an. Tomasczewski sieht sie als Pityriasis rosea an. Für die Eruption am Rumpf schließt sich Rosenthal derselben Ansicht an.

10. Arndt demonstriert mikroskopische Präparate eines Falles von **Lymphogranulomatosis cutis.**

Fachzeitschriften.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 4. April 1912.

Die Rezidive nach Salvarsan und die Frage der Dosierung, von Leredde. Bezugnehmend auf die Diskussion in der vergangenen Sitzung berichtet L. über seine Erfahrungen mit Salvarsan. Er hat nie Neurorezidive beobachtet, da er immer genügend behandelt hat. 0,6 ist die normale Dosis und soll bei jedem Kranken erreicht werden. Im Gegensatz zu Nicolas und Montot ist L. der Meinung, daß sowohl die kurative wie auch die präventive Wirkung des Salvarsans größer ist als bei Quecksilber.

Die intravenösen Salvarsaninjektionen in chlorfreier Glukoselösung, von L. Lafay. Lafay weist darauf hin, daß seine theoretische Annahme, Glukoselösung könnte bei Salvarsaninjektionen das Kochsalz ersetzen, durch die neuesten Arbeiten bestätigt wird.

Polymorphe Dermatitis bei der Schwangerschaft (Herpes gestationis), von F. Balzer und Belloir. Eine 25jährige Patientin, die gegen das Ende der zweiten Schwangerschaft bereits einen Blasenausschlag gehabt hatte. Im 4. Monate der 3. Gravidität traten unter Jucken und Brennen abermals Blasen am Nabel, auf dem Rücken und den Extremitäten auf. Bei der Aufnahme bestanden linsen- und erbsengroße, klare oder trübe Blasen in der Mammagegend, auf den Armen und in den Achseln. Sie standen auf normaler oder geröteter Haut. Daneben Krusten und Pigmentflecke. Im Blute und im Blaseninhalte deutliche Eosinophilie.

Die Autoren besprechen dann kurz den Herpes gestationis und besonders die therapeutischen Versuche mit Serum normaler Schwangeren, die sie auch in ihrem Falle anwenden wollen.

Pagetsche Krankheit beim Manne, von Gaucher und Bricout. Ein 47jähriger Kranker leidet seit 20 Jahren an einer chronischen Entzündung der linken Brust. Seit 4 Jahren Rötung, seit 3 Monaten Ulzeration. Es findet sich die linke Brustgegend derb infiltriert, erhaben, mit der Unterlage verwachsen; in der Mitte eine große Ulzeration. In der Umgebung kleine, rote, intradermale Knötchen, Drüsenschwellung in der Achsel. Besserung durch Bestrahlung.

Epitheliom auf Lichen simplex chronicus, von Gaucher und Bricout. Ein

Digitized by Google

Mann leidet seit 30 Jahren an Lichen simplex chronicus am linken Beine. Seit 3 Jahren hat sich darauf ein Epitheliom entwickelt, daß große Dimensionen annahm.

Tuberkulöse Gummen der Subkutis und der Knochen bei einem Syphilitiker. Weißes Ödem, von GAUCHER, GOUGEROT und BRICOUT. Ein Patient kommt mit Ulzerationen der Beine zur Behandlung. Da er Syphilitiker ist, werden jene für Gummen angesehen und merkuriell behandelt. Es trat aber keine Besserung ein und deshalb wurde chirurgisch vorgegangen, doch dauerte die Heilung $^1/_2$ Jahr. Es traten auch an anderen Körperstellen Ulzerationen auf. Am linken Arme trat ein „weißes" torpides Ödem auf, wahrscheinlich infolge einer obliterierenden Lymphangitis. In einer Läsion wurden Tuberkelbazillen nachgewiesen. Der Fall bietet diagnostische Schwierigkeiten.

Aktinomykose-ähnliche gummöse Tuberkulose der zervikofazialen Lymphdrüsen, von GAUCHER, GOUGEROT und BRICOUT. Ein Kranker mit fistulierenden Schwellungen in der rechten Submaxillargegend. Der Verdacht auf Aktinomykose lag nahe, doch konnte auf Grund des Befundes alter Narben und des bakteriologischen Befundes die Diagnose auf Tuberkulose gestellt werden.

Beginnende Lepra? von GAUCHER, GOUGEROT und BRICOUT. Ein Mann hat an den Handgelenken große, leicht erhabene, elastische Infiltrate der Kutis. Die Haut ist gefältelt, wie atrophisch, von blaßvioletter Farbe. Die Herde sind hypästhetisch, wie überhaupt der ganze Handrücken. Die Verfasser stellen die Diagnose auf beginnende Lepra. Schwierigkeiten in der Diagnose bereitet das gleichzeitige Bestehen einer Syphilis.

Psoriasis und akuter Gelenkrheumatismus, von GAUCHER, SALIN und MEAUX SAINT-MARC. Eine Kranke mit Psoriasis wurde im Anschlusse an eine Angina von akutem Gelenkrheumatismus befallen. Gewöhnlich kamen bei Psoriasis nur chronische Gelenkveränderungen vor.

Gummen des Gaumensegels bei einer Erbsyphilitischen ohne Dystrophien, von GAUCHER, GOUGEROT und MEAUX SAINT-MARC. Eine 17jährige Kranke, offenbar Tochter eines Syphilitikers (mehrere Aborte der Mutter), gesund bis zum 16. Jahre, wurde zu dieser Zeit von einer allmählich zunehmenden, schmerzhaften Schwellung des rechten Knies befallen. Seit 14 Tagen Schluckbeschwerden. Bei der Aufnahme finden sich mehrere Gummen des weichen Gaumens. Keinerlei Zeichen von Erbsyphilis. Heilung durch Hg. Die Verfasser weisen darauf hin, daß das Fehlen der charakteristischen Dystrophien diagnostische Schwierigkeiten bereiten kann. (Die hereditäre Syphilis ist in diesem Falle nicht bewiesen. Es kann sich auch um eine im Kindesalter akquirierte Syphilis handeln. D. Ref.)

Lymphadenom der Tonsille, das einen syphilitischen Schanker vortäuschte, von JULES RENAULT und ANDRÉ CAIN. Ein 7jähr. Knabe leidet seit einigen Wochen an Schlingbeschwerden. Die rechte Tonsille ist in einen großen, bläulichroten, knochenharten Tumor verwandelt, der die Nachbarorgane verdrängt und eine große, runde, regelmäßig begrenzte, leicht elevierte Ulzeration trägt. Es wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Primäraffekt gestellt und eine Hg-Kur eingeleitet. Der Kranke starb plötzlich in einem Erstickungsanfalle. Die histologische Untersuchung ergab ein typisches Lymphadenom.

Zerebrale Störungen durch HERXHEIMERsche Reaktion nach zwei Salvarsaninjektionen, von LEREDDE und KUENEMANN. Eine Frau mit einer 18 Monate alten gut behandelten Syphilis leidet an häufigen Kopfschmerzen. Sie erhält 0,4 + 0,6 Salvarsan intravenös. Am Tage nach der zweiten Einspritzung wurde sie von heftigen Kopfschmerzen, Fieber, Erbrechen, Delirien, Lähmung der rechten Körperhälfte befallen.

Digitized by Google

Allmähliche Besserung. Die Verf. beziehen die Erscheinungen auf eine kleine Blutung infolge einer Herxheimerschen Reaktion in spezifisch erkrankten Hirngefäßen. Solch Erfahrungen verbieten es, bei Kranken mit den geringsten nervösen Erscheinungen mit normalen (0,6) Salvarsandosen zu beginnen.

„Heilung" einer Tabes durch drei Salvarsaninjektionen, von Leredde. Patient mit 18 Jahre alter Syphilis leidet an Miktionsbeschwerden, lanzinierenden Schmerzen und erschwertem Gehen. Träge Pupillenreaktion, Sehstörungen. Er erhält 3 × 0,6 Salvarsan. Verschwinden des positiven Wassermann und aller Erscheinungen bis auf geringe Miktionsbeschwerden und die fehlenden Sehnenreflexe. L. führt diesen Erfolg auf Salvarsan zurück. Richard Frühwald-Leipzig.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

April 1912.

1. Die zirkumskripte präkanzeröse Melanose, von W. Durreuilh. (Schluß aus Nr. 3.) Den malignen Epithelialgeschwülsten gehen häufig gutartig aussehende Läsionen voraus. Diese können unbegrenzt lang stationär bleiben, spontan verschwinden, können aber jederzeit bösartige Geschwülste bilden. Es handelt sich dabei aber nicht um eine maligne Transformation, sondern nur um eine Aggravation, da man in den präkanzerösen Erscheinungen schon die typischen Merkmale des malignen Tumors findet. D. stellt diese Melanosen den von ihm schon früher studierten präkanzerösen Keratosen zur Seite. Meist handelt es sich um Nävi, die ja, wie die neueren Forschungen zeigen, epithelialer Natur sind. Der Autor geht hierauf in eine genaue Schilderung der die präkanzerösen Melanosen betreffenden Details ein und bringt seine sowie die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen. Pathologisch-anatomisch handelt es sich um eine Alteration der Basalzellen und um Pigmentierung. Die Zellen werden voluminöser, verdrängen die benachbarten, ihr Protoplasma wird licht, vakuolisiert und bildet ein schwammiges Netzwerk. Der Kern wird größer, mit deutlicher Kernmembran und einem unregelmäßigen Chromatinnetz. Diese metaplasierten Zellen treten herdweise auf und dringen in die Kutis ein. Diese zeigt im Beginne der Affektion nur zahlreiche Chromatophoren, später tritt eine Lymphozyteninfiltration hinzu. Um diese Zeit hat der metaplastische Prozeß die ganze Epidermis ergriffen, und die Läsion geht allmählich in ein Karzinom über. Therapeutisch kommt in erster Linie die Exstirpation in Betracht, doch soll diese nur vorgenommen werden, wenn die deutliche maligne Proliferation vorhanden ist.

2. Die Deutung der Gesetze der Erbsyphilis, von Carle-Lyon. Carle, der sich schon öfter mit der hereditären Syphilis beschäftigt hat, gibt zuerst einen kurzen historischen Überblick über diese Frage. Er selbst hat mit Augagneur bereits im Jahre 1906 (also viel später als Matzenauer, dessen Arbeit der Verfasser nicht zu kennen scheint. D. Ref.) auf Grund klinischer Erwägungen die Ansicht ausgesprochen, daß das Collessche und das Profetasche Gesetz nicht zu Recht bestehen. Die Arbeiten der letzten Jahre haben nun mit Hilfe der Wassermannschen Reaktion diese Ansicht bestätigt. Die Mütter erbsyphilitischer Kinder sind eben immun, weil sie latent syphilitisch sind, und anscheinend gesunde Kinder sind aus demselben Grunde immun. Völlig gesunde Kinder syphilitischer Eltern können aber jederzeit Syphilis akquierieren. Auch die Annahme einer Infektion der Mutter durch den Fötus wird immer unwahrscheinlicher. Es ist doch allgemein bekannt, daß bei Frauen, zumal bei Schwangeren, der Initialaffekt außerordentlich häufig übersehen wird. Die Annahme einer unbeachteten Syphilis ist doch wahrscheinlicher als die einer Infektion durch die Frucht.

Digitized by Google

3. Ein eigentümliches Rezidiv der Syphilis. Rezidiv in situ, von CH. AUDRY-Toulouse. Ein Patient mit einer 3 Jahre alten, schlecht behandelten Syphilis ist seit $1^1/_2$ Jahren durch eine Polyarthritis fast völlig immobilisiert. Da begann sich die Sklerosenarbe zu indurieren und gewann den Anblick eines typischen Primäraffektes. Bald darauf folgte eine charakteristische Roseola. Spirochäten +, Wassermann +. Durch Salvarsan und Quecksilber langsame Heilung der Hauterscheinungen, aber auch bedeutende Besserung des Gelenkleidens. Da der Kranke seit 18 Monaten Geschlechtsverkehr nicht hatte ausüben können, kann es sich nur um ein Rezidiv in situ handeln. Solche Beobachtungen müssen zur Vorsicht gegenüber den jetzt alltäglichen Beobachtungen von „Reinfektionen" warnen.

4. Kongenitaler Mangel der Fingernägel, von A. BERGÉ und K. J. WEISSENBACH. Eine 37jährige, hysterische Patientin hat von Geburt auf keine Fingernägel, während die Zehennägel wohlgebildet sind. Man sieht auf den Endphalangen deutliche Nagelbette, doch fehlt ein Nagelfalz, so daß eine künstliche Entfernung der Nägel ausgeschlossen erscheint. Histologisch findet sich vor allem das Fehlen der Nagelmatrix. Die Epidermis der Phalange zeigt eine mäßig dicke Hornschicht und deutliche interpapilläre Zapfen; die Epidermis des Nagelbettes eine sehr dicke Hornschicht und eine gerade Begrenzungslinie gegen die Kutis, die nur gering infiltriert ist.

Richard Frühwald-Leipzig.

Revue clinique d'Urologie.

März 1912.

1. Wie soll man sich nach Spaltung eines Urinabszesses gegenüber der Urethra verhalten? von V. ROCHET und L. THEVENOT. Die Verfasser besprechen die verschiedenen Methoden des Vorgehens bei einem Abszeß und Harnröhrenstriktur. Die einen schließen an die Inzision gleich die Urethrotomia interna an, andere lassen diese erst nach einigen Wochen folgen. Die Verfasser machen ihr Vorgehen von dem Grade der Harnröhrenstenose und der Miktionserschwerung abhängig. Sind diese geringgradig, warten sie nach der Inzision des Abszesses erst das Verschwinden der entzündlichen Erscheinungen ab und lassen dann eine geeignete Dilatationsmethode folgen. Besteht aber hochgradige Stenose, schließen sie an die Inzision gleich die Urethrotomia externa an. Diese Methode hat den Verfassern sehr gute Resultate gegeben.

2. Albuminurie, Nephritis und Pyelonephritis auf blennorrhoischer Grundlage, von B. MOTZ. Verfasser hat die in der Literatur bekannten und einige eigene Fälle von Nierenaffektion im Verlaufe einer Blennorrhöe eingehend analysiert. Er kommt zu dem Schlusse, daß das Vorkommen einer parenchymatösen Nephritis rein blennorrhoischen Ursprungs noch nicht einwandfrei bewiesen ist und daß die Albuminurie von den Drüsen um die hintere Harnröhre stammt. Abzusondern sind natürlich die Nierenschädigungen durch Balsamika usw. Die eitrige Pyelonephritis kommt dagegen häufiger im Verlaufe der Blennorrhöe vor, wenn auch ein großer Teil der Fälle, die nicht mittels des Ureterenkatheterismus diagnostiziert wurden, vielleicht etwas anderes darstellt. Die Pyelonephritis kann deszendierend oder aszendierend sein, doch ist letzterer Modus häufiger. Als Infektionserreger kommen banale Mikroorganismen in Betracht oder Gonokokken, allein oder in Kombination mit ersteren. Nach der Ansicht des Verfassers sind die reinen blennorrhoischen Fälle selten, aber doch sicher nachgewiesen. Das Leiden beginnt entweder schleichend und dokumentiert sich nur durch konstant trüben Urin nach Aufhören des Ausflusses, oder es setzt akut mit Schüttelfrösten, Fieber usw. ein. In letzterem Falle besteht auch Druckschmerzhaftigkeit der Nierengegend. Die Diagnose kann mit Wahrscheinlichkeit aus dem Urinbefund, Schmerzhaftigkeit usw. gestellt werden.

Digitized by Google

sicher aber nur mit Hilfe des Ureterenkatheterismus. In akuten Fällen besteht die Behandlung in Bettruhe, Milchdiät, Diurese usw. Bei subakuten oder chronischen muß eher mit Waschungen des Nierenbeckens begonnen werden.

3. Lithiasis prostatica, von J. Tanton. (Schluß aus dem Januarheft.) Eingehende und ausführliche Monographie, die pathologische Anatomie, Pathogenese, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie dieses Leidens umfaßt. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

4. Ein Fall von doppeltem kongenitalem Blasendivertikel, von H. Brongersma. Ein 54jähr. Patient, der von Kindheit ab an Miktionsbeschwerden litt, bemerkte seit fünf Jahren eine Verschlimmerung, indem er nach dem Aufstehen nur wenig, erst später mehr Urin lassen kann. Gelegentlich einer anderen Erkrankung wurde er von Retention und dann von Zystitis befallen. Es wurde ein Divertikel vermutet und bei der Operation ein solches von enormer Größe rückwärts am Ligamentum interuretericum gefunden, das enge mit den Organen des kleinen Beckens verwachsen war. Es wurde mit großer Mühe exstirpiert und zeigte sich als aus zwei orangegroßen Taschen bestehend, die jede mit einer 1 cm großen Öffnung in die Blase mündeten. Die Diagnose dieser kongenitalen Divertikel wird meist erst nach Eintritt einer Zystitis gestellt. Daher können aber die Miktion in zwei Zeiten und die Miktionserschwerung ohne ersichtliche Ursache auf sie hinweisen. Zur Operation ist der retroperitoneale Weg der geeignetste.

5. Behandlung der hartnäckigen blennorrhoischen Infektionen der Frau, von G. Stoicesco-Bukarest. Die infizierten paraurethralen Drüsen bilden oft einen chronischen blennorrhoischen Infektionsherd, der bei der Frau einen ständigen blennorrhoischen Zustand unterhält. Deshalb muß man bei der Untersuchung und Behandlung besonders auf diese Rücksicht nehmen. Bei der Untersuchung einer Frau muß man also, abgesehen von den anderen Untersuchungsmethoden, besonders achten: auf die Skeneschen Drüsen seitwärts des Orificium urethrae, auf den Wolffschen Gang unterhalb des letzteren und auf die Bartholinischen Drüsen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

b. Cutis.

Das Granuloma teleangiektodes europeum, eine Protozoenkrankheit, von Hermann Schridde-Freiburg i. B. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 5.) Verfasser beschreibt in seiner Arbeit fünf in Freiburg beobachtete Fälle von Granuloma teleangiektodes europeum klinisch, bakteriologisch und histologisch. Die Krankheit ist einigen Tropenkrankheiten, der Orient- oder Aleppo- oder Delhibeule und der Verruga peruviana sehr ähnlich und wird im Gegensatz zu diesen „europeum" genannt. Es handelt sich bei dieser Krankheit um kleinere und größere Geschwürsbildungen, die sich speziell an Fingern und Händen überhaupt, auch an anderen Gliedmaßen, seltener an Kopf oder Rumpf entwickeln. Vom Grunde der Geschwüre aus kommt es stets zu auffälligen Gewebswucherungen, die mehr oder weniger hervorragend sich oft wie ein Pilz über die Hautoberfläche erheben. Der Prozeß kann auch in die Tiefe dringen und den Knochen zerstören. Histologisch fand Verfasser eine akut entzündliche Granulationswucherung mit ganz auffallend reichlichem Gefäßnetze. Zwischen den Blutkapillaren dicht gedrängt neutrophile Leukozyten. In der Umgebung des Granuloms bemerkt man

Digitized by Google

nach Bennecke an den Arterien und Venen auffallende Verdickungen der Intima und Wucherungen der Endothelien. Verfasser hat nun in diesen Tumoren Protozoen entdeckt, die zur Gattung Leishmania und zur Klasse der Sporozoen gehören. Verfasser hat nun beobachtet, daß nach Verletzungen, wahrscheinlich durch die in der Umgebung befindlichen Dauersporen der Protozoen, die Infektion sich vollzieht, nicht durch Vermittlung von Insekten, wie man bei den erwähnten Tropenkrankheiten annimmt. Verfasser hält die Klärung dieser Fragen nicht nur in wissenschaftlicher, sondern auch in sozialer Hinsicht für sehr notwendig, da es doch zu sehr schweren Zerstörungen kommen kann. Koblizk-Dresden.

Aufzeichnungen über eine Untersuchung des Granuloma ulcerosum pudendorum nach Beobachtungen in den Spezialhospitälern der Regierung in Westaustralien, von D. Steel-Townsville. (Lancet, 27. Jan. 1912.) Bei dieser Untersuchung kamen ca. 300 Fälle dieses bei den Eingeborenen durchaus nicht sehr seltenen Leidens in Frage. Die bakteriologische Prüfung lieferte kein einheitliches Ergebnis; es fanden sich Mikroorganismen von der Art des Spirillum refringens und ferner in größerer Anzahl solche von der Art der Spirochaeta pallida. Außerdem fanden sich aber in nicht geringen Mengen andere Parasiten, welche der Form nach sich teils als riesige Gonokokken präsentierten, teils auch Stäbchengestalten darboten. Verfasser glaubt, daß es sich bei diesem Leiden um eine doppelte Infektion handeln dürfte. Für den syphilitischen Faktor spricht allerdings der Umstand, daß von 40 daraufhin untersuchten Kranken zwischen 80 und 90% eine charakteristische Wassermannsche Reaktion ergaben. Auch waren in therapeutischer Beziehung die besten Resultate mit Salvarsan eventuell im Verein mit Injektionen von Kalomel oder grauem Öl zu erzielen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Der Erreger der Aleppobeule und seine Kultur, von Reshad Risa und Mustafa-Stambul. Mit 1 Tafel. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 62, H. 1/2.) Der uns seit der Entdeckung Wrights bekannte Parasit der Aleppobeule ist ein kleines Protozoon, das dem der Kála-Azar ähnelt. Verfasser hatten Gelegenheit, diesen Parasiten gleichzeitig an drei Patienten zu studieren und schließlich zu kultivieren. Die stets gefundenen Protozoen sind Zellschmarotzer, die sich nur in den großen einkernigen Zellen finden, mit denen die Kutis infiltriert ist, und zwar nur in der Beule selbst, nicht aber in deren Umgebung. In jedem Stadium von Beulen wurden drei verschiedene Parasitenformen gefunden, wovon die eine — kurz oval, an beiden Enden spitz — die häufigste, die zweite spindelförmig, die dritte birnenförmig ist. Das Material zu den Ausstrichpräparaten läßt sich durch einen kleinen Einschnitt in die Beulen und Abschabung mit der Messerspitze reichlich gewinnen, das Romanowsky-Schillingsche Methylenblau-Eosin-Gemisch gibt besonders schöne Bilder: der Parasit zeigt dabei einen granulierten, roten Hauptkern (Makronukleus) und einen tiefroten, kleinen Blepharoblasten (Mikronukleus). Die Kulturversuche wurden in Kaninchenblutagar-Kondenswasser, wie es Nicolle für Kála-Azar verwandt hat, bei 20—30° angestellt, und in 4 von 8 Röhrchen waren nach 10 Tagen Kulturen gewachsen, die den ursprünglichen ganz analoge Parasiten zeigten. Der Vergleich der letzteren mit jenen der Kála-Azar zeigt nahe Verwandtschaft, doch fanden sich bei letzteren keine spindelförmigen Exemplare. Kála-Azar- und Piroplasma canis-Kulturen, von denen Verfasser Präparate zum Vergleich hatten, zeigten ebenfalls viele Ähnlichkeit. Therapeutische Versuche mit intravenösen Salvarsan-(0,45 g)Injektionen waren ebensowenig von Erfolg, wie lokale Injektionen (in die Beulen) mit Atoxyl, Salvarsan und Chinin. Das einzige Behandlungsmittel besteht darin, die Beulen nicht zu berühren und sie durch Sauberhaltung vor sekundärer Infektion zu schützen; sie heilen dann glatt und ohne Narbenbildung. Stern-München.

Digitized by Google

Salvarsan bei Ulcus tropicum, von Rodenwaldt-Anecho (Togo). (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1912, H. 1.) Das Ulcus tropicum, das chronische Unterschenkelgeschwür des Negers, beherbergt in seinen tieferen Schichten Spirochäten. Es trotzt jahrelang der Behandlung, die bisher aus Ätzungen und Auskratzungen bestand, macht aber keine Allgemeinerscheinungen. Mit Salvarsan wurden ganz vorzügliche Resultate erzielt. Innerhalb zweier Tage nach der Injektion stößt sich der gesamte Geschwürsgrund ab, darauf folgt rasche Heilung. Werther-Dresden.

Über das Ulcus tropicum, von Schüffner-Sumatra. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1912, Bd. 16, H. 3.) Salvarsan erweist sich dem Verfasser wirkungslos im Gegensatz zu den Erfahrungen Werners. Er wendete es beim primären Ulcus tropicum an, welches er unterscheidet von Geschwüren anderer Art und beliebiger Herkunft, welche sich sekundär mit dem Gift des Ulcus tropicum infizieren. Seine Fälle waren im akuten, phagedänischen Stadium. Sch. ist mit den Erfolgen zufrieden, welche durch Abtragen des nekrotischen Gewebes und feuchte Verbände erzielt wurden. Er sah bisweilen Epidemien, doch nie Übertragung auf Operationswunden im Hospital. Auch mißglückte ein Impfversuch auf vorher gesetzte Hautquetschung bei einem Affen.

Werther-Dresden.

Über Orientbeule aus Rio de Janeiro mit ungewöhnlicher Beteiligung des Lymphgefäßsystems, von H. Werner. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., Bd. 15, S. 581.) Ein Kaufmann aus Rio de Janeiro hatte auf der Beugeseite des linken Unterarmes einen markstückgroßen, furunkelartigen Knoten mit wallartigen Rändern und einem festhaftenden Schorfe. unter dem sich eine blutig-seröse Flüssigkeit entleert. In dieser wurde Leishmania tropica nachgewiesen. Von dem Geschwür ausgehend fand sich ein harter, indolenter Lymphstrang bis zur Ellenbeuge, längs dessen Verlauf kleine Narben waren, die nach Bläschen zurückgeblieben waren. Außerdem fand man zwei derbe, geschwollene Drüsen hinter dem rechten Kopfnicker, in denen durch Punktion ebenfalls dieselben Erreger nachgewiesen werden konnten. Diese Drüsenschwellung führt der Verfasser auf eine dem Patienten entgangene Neuinfektion zurück.

Richard Frühwald-Leipzig.

Der Heilwert einer Vakzine von Leishmaniakulturen beim Ulcus orientale, von R. Row. (Brit. med. Journ., 9. März 1912.) Zur Behandlung des Ulcus orientale hat R. bei drei Fällen eine Vakzine verwendet, welche er aus Kulturen von Leishmania tropica auf dem nach Nicolle, Novy und McNeal bereiteten Nährboden gewonnen hat. Die zuerst verabreichte Dosis entsprach 0,125 cm der Originalkultur und wurde anstandslos vertragen, wie auch eine doppelte Portion keinerlei wesentliche Störungen hervorrief. Heilung erfolgte durchschnittlich in 14 Tagen. Da nach R.s in Indien gemachten Erfahrungen das unbehandelte Ulkus 6—18 Monate zur Heilung braucht, und bei der sonst als das wirksamste Mittel sich erweisenden Behandlung mit Salolöl (4 : 28) immerhin 2—3 Monate vergehen, so fühlt Verfasser sich berechtigt, diese Erfolge als vorläufigen Bericht der weiteren Beachtung zu empfehlen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einige neuere Publikationen über brasilianische Frambösie oder Bouba, von Achille Breda. (Atti del Reale Istituto Veneto di science etc., 1910—11, Bd. 70, II. Teil.) Kurze Besprechung von Arbeiten von De Amicis, Verrotti und Jeanselme, welche alle die von Breda beschriebene Boubas Brasiliana als selbständige, von der gewöhnlichen Frambösie wohl zu unterscheidende Erkrankung auffassen.

Gunsett-Straßburg.

Über zwei neue Fälle von Boubas brasiliana (Morbus Breda), von Verrotti. (Giorn. internaz. d. scien. med., 1911, H. 21.) Bemerkenswert sind die negativen Re-

Digitized by Google

sultate der Forschung nach der Pathogenese und der Impfung in die vordere Augenkammer von zwei Kaninchen. Bestätigt bleibt der von Breda aufgestellte klinische Charakter, mit der Besonderheit in diesen beiden Fällen, daß dank der Röntgenstrahlen an den Knochen eine rarefizierende Ostitis konstatiert wurde. Haas-Hamburg.

Bericht über die Behandlung von 700 Fällen von Framboesia tropica und 4 Fällen von Pian Bois mit Salvarsan, von P. C. Flu-Paramaribo. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 45.) Während bisher die Therapie der Framboesia tropica sich eigentlich nur durchaus negativ erwiesen hat, und man sich damit begnügen mußte, symptomatisch zu verfahren, bis im Laufe der Zeit das Leiden mehr oder weniger spontan zur Heilung gelangte, konstatiert Verfasser, daß von den 700 Fällen dieser Beobachtungsreihe kein einziger ohne Erfolg behandelt wurde. Die Patienten wurden in den Monaten März bis Ende Juni teils im Militärlazarett in Paramaribo, teils im Frambösiehospital Groningen behandelt. Letzteres Institut allein kostete der Regierung eine jährliche Ausgabe von manchmal bis zu 40000 Gulden; dieselbe ist nunmehr als überflüssig geschlossen. Für die noch etwa vorkommenden Fälle, welche nach holländischem dortigem Gesetze anzeigepflichtig sind und allenfalls zwangsweise in Behandlung genommen werden können, wird nach F.s Ansicht das Militärlazarett in der Zukunft völlig genügen, während sonst etwa jeden Monat an die 200 Personen nach der Verpflegungsstation übergeführt werden mußten. Am promptesten äußerte sich die Salvarsanwirkung bei den Fällen mit typischen, stark sezernierenden Läsionen, am schwächsten dagegen bei den durch Schwielenbildungen unter der Epidermis und geringe Gefäßbildung charakterisierten Crab-Jaws. Läsionen an der Nase, welche nach Rost schlecht auf Salvarsan reagieren sollen, heilten bei mehr als 30 Personen dieser Serie binnen 2 Wochen in ausgezeichneter Weise aus. Rezidive waren im ganzen nur 3 zu konstatieren, wobei hervorzuheben ist, daß die Kontrolle der meistenteils auf Plantagen vor und auch nach der Behandlung beschäftigten Personen eine recht wirksame ist. Besonders erwähnenswert ist auch die günstige Wirkung des Mittels auf die in den Spätstadien auftretenden und sonst ungemein hartnäckigen Gelenkschmerzen. Anfangs hatte Verfasser intramuskulär resp. subkutan injiziert; doch ging er bald zur intravenösen Methode über, mit einer Routinedosis von 0,42 g. Kinder erhielten aber gewöhnlich pro Kilogramm Körpergewicht 10 mg, eventuell intramuskulär. Unter Pian Bois ist eine der Aleppobeule verwandte, oder mit dieser identische Affektion zu verstehen; die 4 Fälle dieser Art konnten nach der intravenösen Darreichung von 0,4—0,5 Salvarsan binnen 8 Tagen als geheilt aus dem Krankenhaus entlassen werden. Philippi-Bad Salzschlirf.

Salvarsan bei Frambösia, von H. Alston-Trinidad. (Brit. med. Journ., 6. Jan. 1912.) Verfasser berichtet über die Resultate, welche bei 500 Fällen von Frambösia mit der intramuskulären Injektion von Salvarsan in den ersten 10 Monaten des Jahres 1911 im Krankenhaus auf Trinidad erzielt wurden. In der Regel wurde eine Dosis von 0,9 gegeben. Von den 500 Patienten wurden 409 durch eine einzige Einspritzung geheilt, 75 durch 2 Injektionen und 14 durch 3 Gaben, eine Gesamtsumme von 498 Heilungen. Die 2 refraktären Fälle betreffen Knaben im Alter von 7 und 14 Jahren; sie zeigen nach zweimaliger Injektion zwar eine Besserung, aber noch keine Heilung. Es scheint, daß die angegebenen Heilungen als definitive betrachtet werden können. Von den injizierten Patienten sind allerdings 4 gestorben, doch hält A. das Salvarsan nicht hierfür verantwortlich, zumal im 10jährigen Durchschnitt jährlich 10 Todesfälle im Krankenhaus sich ereigneten. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Progressive Ernährungsstörungen.

a. Maligne.

Die Wirkung der Produkte der homogenen fötalen Autolyse bei malignen Tumoren des Menschen, von G. Ficheba-Rom (Lancet, 28. Okt. 1911.) Bei seinen Bestrebungen, ein das Wachstum von malignen Tumoren beim Menschen hemmendes Agens herzustellen, ging F. von der Tatsache aus, daß ganz junge Individuen selten oder nie Neubildungen von der Art eines Epithelioms oder eines Sarkoms entwickeln, und ferner daß man bei Ratten die Inokulation von Neoplasmen vereiteln kann durch Injektion von Extrakten von embryonalem Gewebe. Auf diese und andere Überlegungen gestützt, ging er dazu über, aus den Geweben von Föten im zweiten bis sechsten Monat des intrauterinen Wachstums Auszüge herzustellen. Die Stücke wurden in physiologischer Kochsalzlösung extrahiert und nach Zusatz von Thymol oder Karbolsäure bei 37° unter einer Schutzdecke von sterilisiertem Öl oder Toluol etwa 2 Monate im Brutschrank belassen. Die völlig sterile Mischung wurde bei einer Reihe von Patienten mit inoperabelen malignen Neubildungen in kleinen Portionen zu wiederholten Malen injiziert. Von 18 seit September 1909 so behandelten Kranken hatten 8 keinen wesentlichen Nutzen zu verzeichnen, während bei den anderen 10 ein zweifelloser Erfolg angegeben wird, indem die Tumoren sich teils auflösten, teils eine Umwandlung und Ersatz durch völlig benignes Gewebe erfuhren. Weitere Beobachtungen sind noch im Gange.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Tumorreaktionen mit besonderer Berücksichtigung der Meiostagminreaktion, von A. Stammler-Hamburg. (Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 37.) Prüfungen von 340 Sera verschiedener Provenienz mit der von Ascoli angegebenen Meiostagminreaktion haben Verfasser zu der Überzeugung gebracht, daß diese Methode, wenn auch nicht absolut maßgebend, doch ein sehr wertvolles diagnostisches Hilfsmittel ist. Namentlich ergab das Verfahren sehr frühzeitig ein richtiges Resultat bei kleinen Karzinomen und Sarkomen der Haut. Allerdings erfordert eine derartige Untersuchung ein peinlich exaktes Arbeiten, und namentlich die Beschaffung eines wirksamen Antigens bereitet erhebliche Schwierigkeiten, was wohl der Grund von vielen Mißerfolgen gewesen sein mag. Die zellreichen Tumoren eignen sich besser hierzu als die bindegewebereichen, und man darf nicht vergessen, daß die Antigene gegen Wasser außerordentlich empfindlich sind, ebenso gegen Licht und Erschütterungen. Als einen weiteren Schritt auf diesem Gebiete berichtet Verfasser nun über eine Art von Fällungsreaktion, die er bei diesen Untersuchungen beobachtet hat. Er fand nämlich, daß bei Verwendung stärkerer Konzentrationen sowohl des Serums als auch des Antigens nach längerem Verweilen im Brutschrank eine spontane Fällung auftrat. Bei den mit Krebsserum versetzten Antigenen setzt dieselbe früh ein, und die opaleszierende Flüssigkeit wird schließlich unter Bildung eines flockigen Niederschlages vollkommen klar. Hingegen tritt bei dem Serum von anderen Kranken auch wohl ein kleiner Niederschlag ein, doch erfolgt dies viel später und unvollständiger, und die opaleszierende Trübung der Serumextraktmischung bleibt immer noch bestehen. Neben dem methyalkoholischen Extrakt hat Stammler auch noch andere Extrakte verwandt, namentlich ein mit Antiformin hergestelltes Tumorantigen, doch gibt er dem methylalkoholischen Extrakt, den er ziemlich stark einengt, den Vorzug. Sorgfältiges Austitrieren der Extraktverdünnungen und der Serummengen ist unbedingt erforderlich. Gewöhnlich wurden 2 ccm Extraktverdünnung + 0,1—0,5 unverdünntes Serum verwendet. Nach 6 Stunden werden die Röhrchen aus dem Brutschrank genommen und nach langsamem Erkalten abgelesen. Unter 100 Sera von Tumorkranken ergaben 82 ein positives Resultat.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Beitrag zur Serodiagnostik der malignen Tumoren, von P. v. Monakow-Dresden. (Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 42.) Verfasser hat mit der Freund-Kaminerschen Zellreaktion eine Reihe von Untersuchungen mit dem Serum von Krebskranken, sowie von gesunden Individuen ausgeführt, wobei er aber leider zu dem Resultate gelangt, daß dieser Prüfungsmethode eine wesentliche Bedeutung nicht zuzusprechen sei. Nach seinen eigenen Beobachtungen und den von ihm berücksichtigten Publikationen anderer Forscher erfolgt bei rund $^1/_5$ aller Karzinomfälle eine Lösung der Krebszellen durch das Serum der Patienten, und bei etwa $^1/_4$ der mit normalem Serum angestellten Reaktionen blieb die Lösung aus. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Röntgenstrahlen als Heilfaktor bei malignen Tumoren, von Aspinwall-Judd-New York. (Med. Record, 2. September 1911.) Mitteilung einzelner Fälle; im allgemeinen Teil nichts Neues; einige Ansichten, die wohl nicht von allen Röntgenologen geteilt werden dürften. „Die physiologische Wirkung der Kathodenstrahlen einer weichen Röhre ist einfach die intensiven Sonnenlichts, anfänglich Hyperämie hervorrufend und weiterhin Ätzung, wenn die Behandlung fortgesetzt wird; die Strahlung durchdringt die Haut nur bis zu einer Tiefe von 6 mm." „Durch die Zerstörung von Zellelementen und das Freiwerden von Nukleinen bewirken die Röntgenstrahlen eine rasche Akkumulation von Toxinen, die zu einer tödlichen Autointoxikation führen kann." „Röntgenverbrennungen werden wahrscheinlich hervorgerufen durch die Wirkung von Röntgenstrahlen, die auf der Röhrenoberfläche von den Kathodenstrahlen produziert werden." W. Lehmann-Stettin.

Über den Wert der Kombination von Röntgenstrahlen und Hochfrequenzbehandlung bei malignen Tumoren, von R. Werner und A. Caan-Heidelberg. (Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 36.) Bei 72 Patienten haben Verfasser obige Kombination angewandt, wobei sie nach folgender Methode verführen: Zunächst wurde der Erkrankungsherd mit dem Dessauerschen d'Arsonvalapparat mehrere (durchschnittlich 5) Minuten hindurch dem Einfluß des elektrischen Lichtbüschels einer stab- oder kugelförmigen Elektrode ausgesetzt, worauf sofort die Röntgenbestrahlung mit einer vollen oder auch nur einer halben Dosis plena erfolgte. Mit der gelinden Arsonvalisation erreichte man bei noch intakter Haut vielfach eine deutliche Steigerung der Widerstandsfähigkeit derselben gegen die Röntgenbestrahlung, indem als Erythemdosis 7—8 H anstatt 5 H vertragen wurden; eine stärkere Einwirkung steigert dagegen die Sensibilität. Gelegentlich war eine etwas beschleunigte Rückbildung der Tumoren zu konstatieren. Als Gesamtresultat ist zu sagen, daß das Verfahren als eine Beihilfe von nur mäßigem Werte sich erwiesen hat und am ehesten nach der operativen Freilegung der Geschwülste zu empfehlen sein dürfte. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Behandlung bösartiger Geschwülste mit radioaktiven Substanzen, speziell mit Aktinium, von S. Czerny und A. Caan-Heidelberg. (Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 34.) Mit Rücksicht auf die Schwierigkeiten und die hohen Kosten der Beschaffung von Radium, sowie der relativen Erfolglosigkeit bei Verwendung von ungenügenden Dosen sind Verfasser seit Anfang dieses Jahres zu Versuchen mit Aktinium, ein dem Thorium nahe stehendes und mit dem Giesel'schen Emanium identisches Präparat, das 1899 von Debierne in den Rückständen des Uranpecherzes entdeckt wurde, übergegangen. Das feinkörnige, bräunliche Pulver wurde als Emulsion mit Kochsalzlösung (0,5 : 10,0) anfangs in Dosen von 0,01 g, später bis zu 0,1 und 0,2 intratumoral eingespritzt und die Injektion einen um den anderen Tag wiederholt. Es wurden 20 Fälle mehr oder minder anhaltend in dieser Weise behandelt. Gleichzeitig wurde in der Regel auch eine Röntgenbestrahlung angewandt. Wesentliche Nachteile

Digitized by Google

wurden nicht beobachtet; die therapeutischen Erfolge waren derartig, daß eine Fortsetzung der Beobachtungen wenigstens berechtigt erscheint. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung von malignen Gewächsen mit Radium, von C. Moullin-London. (Lancet, 20. Mai 1911.) Verfasser bespricht die Wirkungsweise des Radiums im allgemeinen, dessen Einfluß auf biologische Vorgänge und die Gewebe als solche sowie auch die Methoden der Anwendung, wobei er besonders auf die Nachteile der Behandlung mit zu kleinen und daher schädlich wirkenden Mengen des Salzes hinweist. Besonders zweckmäßig ist das Radium bei jenen anfangs benignen Geschwülsten der Haut, welche im zunehmenden Alter oft bösartig auszuwachsen Neigung haben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Behandlung bösartiger Geschwülste mit Mesothorium und Thorium X, von V. Czerny und A. Caan-Heidelberg. (Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 14.) Seit etwa 6 Monaten haben Verfasser mit den beiden oben genannten Präparaten therapeutische Untersuchungen ausgeführt. Unter den behandelten 120 Fällen befanden sich 85 Karzinome, 12 Sarkome, 8 Lymphosarkome, 1 Endotheliom, 6 Angiome und 8 Fälle von Tuberkulose (Lupus usw.) Meistenteils handelte es sich dabei um ganz besonders schwer zu behandelnde und weit vorgeschrittene Erkrankungen, und es sind demnach die erzielten Erfolge, wenn auch viele Fehlschläge und gelegentlich sogar direkte Verschlimmerungen vorkamen, als entschieden ermutigend zu bezeichnen. Für oberflächliche Läsionen erwies sich das Mesothorium dem Radium als zum mindesten ebenbürtig, wenn nicht überlegen. In bezug auf die Tiefenwirkung waren die Ergebnisse nicht ganz so gute. Die 8 Fälle von Tuberkulose, meist Gesichtslupus, und 6 Angiome wurden aber fast ausnahmslos erfolgreich bestrahlt. Die Applikationsweise beim Mesothorium war, ähnlich wie beim Radium, eine direkt lokale bei den äußerlich gelegenen Tumoren; das Thorium X wurde bald intratumoral, bald intravenös und bei einigen Patienten — auch auf beiderlei Art angewandt. Wegen der Einzelheiten der Technik, der Krankengeschichten und der chemischen, physikalischen und biologischen Eigenschaften dieser beiden sehr bemerkenswerten Präparate muß auf das Original verwiesen werden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Riesenzellensarkom, mit Radium erfolgreich behandelt, von Wm. B. Snow-New York. (Med. Record, 26. August 1911.) Diffuse Geschwulst des linken Handrückens, die als kleiner Tumor vier Jahre lang bestanden und sich im Anschluß an Typhus seit zwei Monaten rasch vergrößert hat. Die Diagnose wurde durch histologische Untersuchung sichergestellt. Das Radium — Radium-Bromid von 50000 Einheiten — wurde in einer kleinen Glasröhre direkt in den Tumor eingeführt. Anscheinende Heilung. W. Lehmann-Stettin.

Beitrag zum Studium der multiplen Hautsarkome, von François Philippon. (Inaug. -Dissert., Paris 1911, Nr. 42.) Die melanotischen Sarkome sind von den nicht melanotischen „echten" Sarkomen zu trennen. Sie stellen Nävosarkome dar. Die eine Form der multiplen idiopathischen Sarkome umfaßt die Tumoren vom Typus Kaposi: Beginn oder Hauptsitz an den Extremitäten der Glieder, relativ langsame Entwicklung, Hauttumoren mit vaskulären Neubildungen, Anwesenheit von Pigment hämatogenen Ursprungs sind ihre Hauptcharakteristika. Bei Typus Perrin (Perrin, Thèse de Paris, 1886; Perrin et Leredde, Soc. de derm. et de syph. 1893; Perrin, Prat. dermat. 1906) ist der Beginn der Tumoren ein wechselnder, sie sind hypodermatisch, bestehen aus runden pigmentfreien Zellen; die Dauer des Leidens ist eine verhältnismäßig kürzere. Zwischen beiden Formen gibt es eine ganze Reihe von Übergängen. Die Pathogenese der Hautsarkome ist auch durch die Forschungen der neuesten Zeit noch nicht geklärt.

Fritz Loeb, München.

Digitized by Google

Zungensarkom und einige Affektionen, welche dasselbe vortäuschen, von E. M. Foote-New York. (Amer. Journ. med. scien., Febr. 1912.) Nebst einer Übersicht der Hauptmomente bei 48 in der Literatur verzeichneten Fällen bringt der Artikel die Krankengeschichte eines 45jährigen Mannes, dessen Zungenleiden sowohl therapeutisch wie diagnostisch sehr erhebliche Schwierigkeiten darbot. Nach wiederholter operativer Beseitigung der Geschwulst ist der Patient, abgesehen von einer als tuberkulös nachgewiesenen Lungenaffektion, gesund geblieben. Die histologische Untersuchung des exzidierten Tumors (in einer Ausdehnung von ca. 2,5 cm einschließlich des angrenzenden normalen Gewebes) wurde 4 angesehenen Anatomen anvertraut und lieferte ebensoviele voneinander abweichende Ergebnisse. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Experimentelle Untersuchungen über Rattensarkom, von P. Uhlenhuth, K. Haendel und K. Steffenhagen. (Arb. a. d. k. Gesundheitsamt 1911, Bd. 36, H. 4.) Die Beobachtungen erstrecken sich auf einen Rattensarkomstamm, der den Verfassern von Bashford überlassen worden war. Nach einer Besprechung der Morphologie und Biologie des Tumorstammes werden die Technik der Inplantation, das Tiermaterial, die Auswahl und die Menge des Impfmaterials, sowie der für die Impfungen besonders geeignete Ort des Tierkörpers besprochen. Daran schließt sich eine Abhandlung der Immunitätsverhältnisse bei den geimpften Tieren, sowie die Erörterung therapeutischer Maßnahmen. Die interessanten Ausführungen, welche sich leider für ein kurzes Referat nicht eignen, sind mit zahlreichen Einzelprotokollen belegt und durch viele wohlgelungene Abbildungen illustriert. Angesichts des aktuellen Interesses, welche das Tumorproblem durch die chemotherapeutischen Untersuchungen v. Wassermanns und seiner Mitarbeiter gewonnen hat, dürften die vorliegenden Untersuchungen des Interesses weiterer Kreise wohl kaum entbehren. Graetz-Hamburg.

Weitere Experimente in der Behandlung des inokulierten Sarkoms bei Ratten und Bemerkungen über einige am Blute zu konstatierende Begleiterscheinungen, von Helen G. Grünbaum und A. S. Grünbaum-Leeds. (Lancet, 9. März 1912.) Verfasser haben gefunden, daß die Injektion des vom Pasteurschen Institut in Paris gelieferten, als Antitoxin gegen Schlangengift zu verwendenden Pferdeserums bei Ratten die Wirkung hat, denselben gegen die Einimpfung von Sarkom eine erhöhte Widerstandskraft zu verleihen. An einer weiteren hier beschriebenen Reihe von Untersuchungen zeigen sie, daß diese Wirkung durch die gleichzeitige Darreichung von Adrenalin noch erheblich gesteigert wird. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Biologie des Rundzellensarkoms des Hundes, von v. Dungern-Heidelberg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 5.) Um über das Wesen des Sarkomes der Hunde weitere Aufschlüsse zu erzielen, hat Verfasser das biologische Verfahren eingeschlagen. Nachdem ihm die Übertragung des Hundesarkoms auf den Fuchs gelungen war, stellte er Prüfungen in bezug auf die agglutinierende Fähigkeit des Fuchsblutes an, und er zieht aus seinen (im Referate nicht anschaulich darstellbaren) Befunden den Schluß, daß es sich bei diesen Tumoren nicht um ein echtes Blastom handelt, sondern um eine Geschwulst, die nach dem Typus der gewöhnlichen Infektionsgeschwülste proliferiert. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Melanose und die melanotischen Tumoren. Der moderne Stand der Frage. Eigene Untersuchungen, von Paul Bonnet. (Inaug.-Dissert., Lyon 1911, Nr. 98, 331 S.) Das erste Gefühl des Referenten beim Studium dieser prächtigen Arbeit war das des aufrichtigen Bedauerns, daß derartige Doktorschriften, wie die vorliegende, bei uns in Deutschland so selten geliefert werden. Wenn auch sicher die deutschen Dissertationen sich im Laufe des letzten Dezenniums qualitativ ganz wesentlich gehoben haben (an welchem Umstand sich Referent wohl mit ein Verdienst zuschreiben darf),

Digitized by Google

so fehlt es doch im allgemeinen bei uns noch weit zur Erreichung des Wertes, den die französischen Dissertationen beanspruchen dürfen. Nur in wenig Fällen wird man bei uns aber die Doktoranden selbst dafür verantwortlich machen dürfen. Eine gewisse Nonchanlance der Instanzen, die die Arbeiten vergeben, und wohl auch der betreffenden Herren Professoren, die in der Fakultät über die Arbeit referieren, ist hier die Ursache. Um nur ein Beispiel zu nennen, das mir gerade vor Augen liegt: Ich erhielt heute eine Straßburger Dissertation mit dem Titel: Pemphigus vegetans und ein Fall mit Salvarsan geheilt, von Gitlja Jochelsohn. Eine derartige Formulierung des Titels fällt nicht allein der Verfasserin zur Last. Mit der Bitte um Verzeihung für diese Abschweifung sei die schöne Arbeit über die Melanose gewürdigt.

Nach einer Einleitung und einem historischen Exkurs wird im ersten Teil die lokale Entwicklung des melanotischen Tumors erörtert, und zwar im ersten Kapitel die melanotischen Tumoren des Auges; im zweiten die der Haut. Dieser Abschnitt gliedert sich in eine Definition, Besprechung der ätiologischen Fragen, Klinisches, Diagnostik, anatomische und klinische Formen, Melanotische Tumoren an den Extremitäten, der Vulva, dem Penis und der Ano-Rektalgegend. Das dritte Kapitel des ersten Teils behandelt die melanotischen Tumoren der Schleimhäute: Konjunktiva, Nasenhöhlen, Mundschleimhaut. — Zweiter Teil: Natur der Melanose. Erörterung der pathologischen Anatomie, chemische Fragen, die Melanose im Tierreich, pathogenetische Theorien, die Pseudomelanosen, hämatogene, zelluläre, infektiöse oder parasitäre Theorie. — Dritter Teil: Die allgemeine Melanose. Beteiligung der Haut, der Leber, des Peritoneums, des Respirationstraktus, des kardiovaskulären Apparates, des Gehörorgans, der Harnorgane, der Nebennieren, der Genitalorgane, des Nervensystems, des Netzes, der Schilddrüse, der Mamma, der Speicheldrüsen, des Knochensystems und der Muskeln. — Dritter Teil, 2. Kapitel: Die melanotische Kachexie: Allgemeinzustand dabei, Urinbefund, Blutbefund, Expektorationsbefund. — Vierter Teil, 1. Kapitel: Prognose. 2. Kapitel: Behandlung. Zum Schluß teilt Verfasser eigene Beobachtungen, seine Schlußfolgerungen und ein Literaturverzeichnis von 36 Seiten Umfang mit.

Aus vorstehender gedrängter Wiedergabe des wesentlichsten Inhalts geht hervor, daß sich ein kurzer Bericht über die Arbeit nicht geben läßt. Es genüge deshalb, die Hauptergebnisse des Verfassers zu bringen und bezüglich der Details auf die treffliche Arbeit hinzuweisen.

Der melanotische Krebs der Haut ist charakterisiert durch das Auftreten eines Tumors von wenigstens zum Teil schwarzer Färbung, der sich örtlich ausdehnen kann, die Drüsen ergreift und unter dem Bilde pigmentierter oder nicht pigmentierter Knoten allgemeine Metastasen macht. Oft entwickeln sich derartige Tumoren auf kongenitalen Nävis oder auf einem Pigmentfleck, der entzündlicher oder traumatischer Natur ist. Es kommt auch gar nicht so selten vor, daß sich der Tumor auf rein traumatischer oder entzündlicher Basis ohne vorhergehende Pigmentierung etabliert. Der Nävus oder der Pigmentfleck bleibt lange Zeit stationär, oft mehrere Jahre, ehe es zur Generalisation kommt. Die maligne Umwandlung verrät sich durch funktionelle Erscheinungen, wie Pruritus, Schmerzhaftigkeit; durch Volumvergrößerung der Geschwulst. Letzteres kann fehlen, und ein anscheinend banaler Nävus kann zum Ausgangspunkt einer melanotischen Adenopathie und allgemeinen Metastasenbildung werden. — Der fertige Tumor hat eine schwarze Farbe, die oft nur partiell und wenig deutlich, die diagnostischen Schwierigkeiten vermehrt. Deshalb soll man beim Vorhandensein eines Hauttumors immer dessen melanotische Natur argwöhnen, besonders wenn er seinen Sitz an den Zehen, an der Ferse oder der Planta pedis hat; dies sind die Prädilektionssitze des Tumors und zugleich die Lokalisationen, bei denen die Diagnose den größten Schwierigkeiten be-

Digitized by Google

gegnet, weil die Pigmentierung nicht ausgesprochen ist. Im allgemeinen ist der melanotische Tumor von „Satelliten" umgeben. Die Beteiligung der Drüsen ist die Regel, sie findet früh statt. Die Adenopathie ist oft sehr umfangreich und mit dem primären Tumor durch einen schwarzen Streifen befallener Drüsen verbunden. Die Metastasierung und Generalisierung ist der fatale Ausgang dieser Tumoren. Auf dem Lymph- oder besonders dem Blutweg können alle Organe infiltrativ befallen werden oder in Form metastatischer Knoten.

Über die Natur der Melanose ist wenig bekannt. Anatomisch steht sie dem Hautkrebs sehr nahe, von welchem sie sich nur durch die Färbung unterscheidet, welche auf der Anwesenheit melanotischer Pigmentkörnchen beruht. Die chemischen Untersuchungen haben Resultate gezeigt, die sich widersprechen. Das Studium der Melanose beim Pferd ist nicht imstande, die Verhältnisse der menschlichen Melanose zu klären.

In dem Bestreben, die Natur des Leidens zu erklären, sind drei Theorien aufgestellt worden, die vom Verfasser eingehend erörtert werden: die hämatogene, die zellulare und die infektiöse oder parasitäre Theorie.

Die Prognose eines melanotischen Tumors, der sich selbst überlassen bleibt, ist ganz ungünstig. Die Lebensdauer beträgt im Durchschnitt noch 18 Monate. Eine frühzeitige chirurgische Intervention ist imstande, die Entwicklung der Krankheit etwas zu verzögern und den Lebensrest auf 34 Monate zu erhöhen. Sie hat aber nur einen Sinn, solange der Tumor noch lokalisiert ist und nicht über die nächstgelegenen Drüsen hinaus Verschleppung stattgefunden hat. In allen anderen Fällen ist irgend welcher günstige Effekt des blutigen Eingriffes nicht zu erwarten. Stets muß ein solcher Eingriff möglichst frühzeitig vorgenommen werden und bestrebt sein, die befallenen Drüsen systematisch aufzusuchen und zu entfernen (1. Zeit) und den Tumor möglichst ausgedehnt zu exstirpieren (2. Zeit). Günstige Resultate sind auch von der Bestrahlungstherapie zu erwarten. Fritz Loeb-München.

Epitheliome bei den Eingeborenen in Algier, von Brault-Algier. (Prov. med., 1912, Nr. 1.) Verfasser beobachtete in acht Jahren 27 Fälle von Epitheliom bei Eingeborenen in Algier, sämtliche Tumoren saßen im Gesicht oder auf den Händen. Die Beobachtungen widersprechen den älteren Angaben von der Seltenheit der Epitheliome in heißen Ländern. Ähnliche Tumoren sind früher wahrscheinlich als tertiäre Syphilis angesehen worden. Ein nachteiliger Einfluß der Sonnenstrahlen auf unbedeckt getragene Hautteile ist nicht unmöglich. Werther-Dresden.

Die Bedeutung einiger urologischer Befunde für die Diagnose der malignen Epithelialtumoren, von Luigi Caforio-Neapel. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 41.) Im Gegensatz zu Salkowskis Hypothese, daß das Prozentverhältnis der in Alkohol unlöslichen Stickstoffsubstanzen im Urin sich niedrig erweist im normalen Urin, im Urin von Karzinomatösen aber deutlich erhöht ist (auch bei Kranken mit akuter gelber Leberatrophie), und seiner Behauptung einer Spezifizität des Befundes für Karzinom weist Verfasser nach, daß die Menge des Kolloidalstickstoffs im Urin der Karzinomatösen auch in der Anfangszeit deutlich und konstant zunimmt, daß diese Zunahme aber nicht spezifisch für Krebs ist, sondern sich auch bei anderen Krankheiten, z. B. Tuberkulose und Leberleiden, findet. Bei gesunden Individuen ist eine Zunahme nicht zu konstatieren; nach chirurgischer Entfernung der Epithelialgeschwülste kehrt die Ausscheidung des Kolloidalstickstoffs in normale Grenzen zurück. Arthur Schucht-Danzig.

Multiple Epitheliome der Haut, mit Mischgeschwulst der Parotis, von Th. M. van Leauwen-Utrecht. (Virch. Arch., Bd. 207, H. 3.) Bei einer 81jährigen Frau fanden sich über den ganzen Körper verbreitete Hautgeschwülste, die als gutartige Epitheliome, wahrscheinlich aus versprengten Keimen (Nävi) entstanden, anzusehen

Digitized by Google

sind. Eine gleichzeitig vorhandene, mandarinengroße Parotisgeschwulst zeigte die Struktur der als Mischgeschwülste beschriebenen Tumoren. Schourp-Danzig.

Epitheliom der Hände und Drüsen; Exstirpation von zwei Fingern und den Drüsen, von R. Parker-Liverpool. (Brit. med. Journ., 1912, 30. März.) Verfasser berichtet über einen 54jährigen Mann, der wegen eines am Handrücken über den Metakarpusköpfchen II und III gelegenen Epithelioms erfolgreich operiert wurde und volle 8 Jahre gesund blieb. Alsdann kam er wegen Ulcus rodens der linken Schläfe wieder in Behandlung und starb an den Erscheinungen einer am Rückenmark resp. dessen Meningen gelegenen malignen Neubildung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Epitheliom der Ohrmuschel, von K. F. Sonntag-West Wemyss. (Brit. med. Journ., 1911, 17. Juni.) Als ein seltenes Vorkommnis berichtet Verfasser über einen durch Exzision erfolgreich beseitigten Plattenepithelkrebs, welcher etwa das mittlere Drittel der Helix bei dem 86jährigen Patienten ergriffen hatte. Es hatte vorher während etwa 4 Jahre an dieser Stelle eine kleine Warze gesessen; die karzinomatöse Entartung und das schnellere Wachsen hatte wohl sechs Monate gedauert.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Geperltes Hautepitheliom, welches auf alle Sinus des Gesichts übergegriffen hatte, von Alfred Fallas-Brüssel. (Policlinique, 1912, Nr. 2.) Eine einfache „Hautwarze", welche bei einer 61jährigen Frau exstirpiert wurde, hatte Anlaß zum Auftreten eines Karzinoms des Tränensacks gegeben, das in kurzer Zeit in beide Sinus frontalis und in den Sinus maxillaris überwucherte. A. Gunsett-Straßburg.

Großes Epithelioma vegetans der Stirn, von Dubois-Havenith. (Policlinique, 1912, Nr. 1.) Vorstellung eines inoperabeln und unheilbaren Falles. D.-H. möchte in jedem beginnenden Falle, wenn es irgendwie angängig ist, zuerst die radikale chirurgische Exstirpation versucht wissen. Gunsett-Straßburg.

Epithelioma dissecans des Gesichts, von Dubois-Havenith. (Policlinique, 1912, Nr. 2.) Mitteilung eines inoperabeln Falles, dessen Beginn 20 Jahre zurückliegt. Keine weiteren Besonderheiten. A. Gunsett-Straßburg.

Epitheliom der Stirn. Rezidiv nach Röntgenbehandlung. Exstirpation. Heilung, von Dubois-Havenith. (Policlinique, 1912, Nr. 2.) Es handelte sich um einen Basalzellenkrebs (Krompecher). Die Radiotherapie wurde nicht energisch genug durchgeführt, so daß sich bald ein Rezidiv einstellte, das operativ entfernt wurde.

A. Gunsett-Straßburg.

Epithelioma exulcerans vegetans der Stirn mit korrespondierender Drüsenschwellung. — Röntgenbehandlung, von Dubois-Havenith. (Policlinique, 1912, Nr. 3.) Ein als inoperabel erklärtes Epitheliom besserte sich auf eine einmalige Applikation von 14 H. in ganz auffallender Weise.

Über die Behandlung der Haut-Epitheliome mittels Radium, von Henri Adouy. (Inaug.-Diss., Paris 1911, Nr. 311.) Verfasser bringt an der Hand einer reichen Kasuistik den Nachweis, daß das Radium eine spezifisch heilende Einwirkung auf bösartige Veränderungen der Haut ausübt und gibt einige Illustrationen zum Belege dieser Tatsache. Wesentlich Neues enthält die Arbeit nicht. Das gute Material, das sie enthält, macht sie aber an dieser Stelle erwähnenswert. Fritz Loeb-München.

Zungenepitheliom; 9 Jahre nach der Behandlung mit Röntgenstrahlen ohne Rezidiv, von Martin F. Engman-St. Louis. (Journ. amer. med. assoc., 23. März 1912.) Das auf der linken Seite der Zunge sitzende, die Anfänge geschwürigen Zerfalls zeigende Epitheliom wurde mit 30 (! Ref.) Röntgenbestrahlungen behandelt. Nach der sehr kräftigen Reaktion blieb eine weiche oberflächliche Narbe zurück. Trotz des guten

Digitized by Google

Erfolges möchte Verfasser doch nicht in erster Linie die Röntgenbehandlung empfehlen, sondern die operative Entfernung des Epithelioms. Nur bei Ablehnung der Operation und bei günstigem Sitz des Epithelioms kommt die Röntgenbehandlung in Frage, muß dann aber bis zu einer sehr kräftigen Reaktion durchgeführt werden.

Fendt-Wiesbaden.

Röntgenrefraktäres Ulcus rodens, durch Röntgenbestrahlung geheilt, nach vorangegangener Sensibilisierung, von H. E. SCHMIDT-Berlin. (Verhdl. Dtsch. Röntgen-Gesellsch. VII. Kongreß.) Ein rezidiviertes Ulcus rodens vergrößerte sich unter Röntgenbestrahlung. Nach Sensibilisierung des Ulkus nebst umgebender Haut mittels einer Quecksilberlichtbestrahlung wurde eine volle Erythemdosis appliziert und diese kombinierte Sitzung noch dreimal wiederholt. Darauf völlige Vernarbung und Verschwinden des Epithelwalles.

W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Ulcus rodens mit einigen ungewöhnlichen Erscheinungen, von R. FARRANT-London. (Brit. med. Journ., 9. Dez. 1911.) Es handelte sich um einen 62jährigen Droschkenkutscher, der an drei Stellen die typischen Läsionen darbot. Am rechten Jochbein fand sich ein zirka pfennigstückgroßer Tumor, der angeblich schon 15 Jahre bestanden hatte; an der Oberlippe links waren die Überreste eines Ulkus in der Ausdehnung von 1,1 cm × 0,9 cm zu sehen, und an der linken Leiste war eine größere, durch Biopsie als Ulcus rodens bestätigte Wucherung vorhanden, welche sich im Anschluß an einen aufgeplatzten Furunkel entwickelt hatte. Diese Stelle wurde mit Röntgenstrahlen behandelt. Nach sechs Sitzungen ging die Läsion an der Oberlippe in Ulzeration über, wurde aber ebenso wie die Läsion am Jochbein durch Anwendung von Kohlensäureschnee prompt geheilt. Die Affektion an der Leiste besserte sich auf die Röntgenbehandlung, doch setzte Patient vor Beendigung seiner Kur den Besuch aus.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Krebs, von C. D. BOND-Leicester. (Lancet, 5. Aug. 1911.) Verfasser stellt eingehende Betrachtungen von allgemeiner physiologischer und pathologischer Art an über die Entstehung der karzinomatösen Neubildungen und fragt, inwieweit man dieselbe zurückführen kann auf die drei elementaren Faktoren: den Kampf ums Dasein unter den Zellen, die Zellvermehrung und die Zellvernichtung. Von diesem Standpunkt aus betrachtet er die Blastomatose als eine Anpassungsreaktion der einzelnen Zellen oder Zellgruppen auf Einwirkungen von dreierlei Art: die die Zelle treffenden veränderten Reize der Außenwelt, die Veränderungen in der Zellernährung und die Abweichungen in bezug auf die aktiven Vorgänge in den sonstigen den Organismus konstituierenden Zellen. Die von anderen Autoren, COHNHEIM und RIBBERT, v. HANSEMANN, ADAMI, OERTEL, MARCHAND, HAUSER und Ross, aufgestellten Theorien werden kurz aufgezählt. Verfasser meint aber, daß weitere Fortschritte nur von einer Verallgemeinerung der Gesichtspunkte der Untersuchung zu erhoffen seien. Verfasser gibt übrigens selber ein Resumee seiner Argumentationen in dem ausführlichen Nebentitel der Arbeit: „Betrachtungen über Krebs als eine Anpassungsreaktion seitens gewisser Zellen oder Zellgruppen auf stattfindende Veränderungen in ihrer Umgebung und als das Ergebnis eines Variations- und Zuchtwahlprozesses von inter- und intrazellulärer Art."

Philippi-Bad Salzschlirf.

Fortschritte der Krebsforschung, von C. E. WALKER-Glasgow. (Lancet, 13. Mai 1911.) Verfasser gibt eine Übersicht der Punkte, welche im Laboratorium des Krebskrankenhauses zu Glasgow hauptsächlich Gegenstand der Untersuchung in letzter Zeit gewesen sind. Es wurden z. B. Zählungen der Chromosome bei der Zellteilung in größerem Umfange vorgenommen und namentlich Versuche mit der Übertragung von

Digitized by Google

Mäusekrebs und Goldfischkrebs ausgeführt, sowie andere zeitraubende und subtile Beobachtungen angestellt. Bestimmte Schlüsse werden nicht angegeben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Neue Ergebnisse der badischen Krebsstatistik, von R. Werner-Heidelberg. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 44.) Für die vorliegende sehr beachtenswerte Arbeit stand dem Verfasser die Mortalitätsstatistik des Großherzogtums aus den Jahren 1883—1907 zur Verfügung, die er durch verschiedentliche Detailforschung ergänzte; außerdem konnte eine Krankenzählung aus den Jahren 1904—1906 zum Teil benutzt werden. Als Resultate der Prüfung können hauptsächlich folgende Punkte hervorgehoben werden: Es gibt in Baden krebsreiche und krebsarme Regionen; zu der ersten Klasse gehört das südliche Drittel des Landes; die Mitte ist krebsarm, und das nördliche Gebiet ist als mittelreich an Krebs zu bezeichnen. Eine Ursache für das stärkere Befallenwerden bestimmter Gegenden war nicht nachzuweisen; weder geographische, geologische, hydrographische oder klimatische Eigenschaften eines Ortes, noch die Bauart der Wohnungen, Alter, Geschlecht oder Familienstand der Einwohner, noch die Rasse, Konfession, Berufstätigkeit oder Ernährungsweise lieferten irgendwelche ätiologische Anhaltspunkte. Namentlich ist zu betonen, daß nach diesen genauen Aufstellungen nicht die Blutsverwandtschaft, sondern lokale Faktoren eine Häufung der Krebsfälle bedingen. In krebsreichen Gegenden war prozentualiter die Verhältniszahl der affizierten Familien entsprechend der Totalsumme der Krebsfälle gegenüber derjenigen der krebsarmen Gegenden direkt gesteigert, und irgend eine hervorstechende Beteiligung einzelner Familien etwa in krebsarmen Regionen war nicht zu bemerken. Ferner war eine auffallende Vermehrung der Krebsfälle in einzelnen Jahrgängen fast nach Art einer infektiösen Krankheit zu konstatieren. Alles dies drängt dahin, eine parasitäre Einwirkung bei der Entstehung der überwiegenden Mehrzahl der malignen Tumoren als die wahrscheinlichste Erklärung anzunehmen und nach dieser Richtung die weitere Forschung zu leiten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur badischen Krebsstatistik, von W. Weinberg-Stuttgart. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 48.) Gegen die von Werner (Münch. med. Wochenschr., Nr. 44) veröffentlichten Studien über dieses Thema erhebt Verfasser verschiedene Einwände. Hauptsächlich bemängelt er, daß für manche der gezogenen Deduktionen die zugrunde liegenden Zahlen nicht ausgiebig genug seien, resp. daß teilweise kleine Zahlenreihen in nicht berechtigter Weise zu Vergleichen mit größeren herangezogen werden. Auf alle Einzelheiten einzugehen, ist im Referate nicht möglich. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur badischen Krebsstatistik, von R. Werner-Heidelberg. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 52.) Auf die Kritik Weinbergs (Münch. med. Wochenschr., Nr. 48) über seine diesbezügliche Publikation gibt Verfasser seinerseits eine Entgegnung und wiederlegt in ausführlicher Auseinandersetzung die erhobenen Einwände.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die statistische Häufigkeit als diagnostisches Moment bei Krebs, von W. Gordon-Exeter. (Brit. med. Journ., 11. Nov. 1911.) Verfasser führt aus, daß die relative Häufigkeit eines Krebsleidens an sich und auch in bezug auf die Lokalisation sehr wohl beim Stellen der Diagnose bei unklaren Fällen Berücksichtigung verdient. Andererseits zeigt er, daß viele Statistiken zu ganz unrichtigen Schlußfolgerungen Anlaß geben können. Philippi-Bad Salzschlirf.

Der Kampf gegen den Krebs, von William Seaman-Bainbridge. (Amer. Journ. of Derm., Bd. 15, Nr. 7.) Der Artikel, der im Original nachgelesen werden muß, beschäftigt sich zuerst mit der Frage einer Verbesserung der Ausbildung der Ärzte in der

Digitized by Google

Diagnostik usw. der malignen Geschwülste, bringt dann die experimentellen Erfahrungen und erörtert an der Hand von Krankengeschichten und Bildern die klinischen Tatsachen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Beurteilung der Schmidtschen Krebshypothese, von v. Wasielewski und Wülker-Heidelberg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 8.) Verfasser haben in der Zeit von August 1910 bis Juni 1911 nicht weniger als 7 Versuchsreihen an insgesamt 205 Mäusen und 147 Ratten mit der von O. Schmidt-Köln als Krebserreger bezeichneten Mukorkultur ausgeführt und sind dabei zu einem total negativen Resultat gelangt. Sie legen in ausführlicher Besprechung die gegen die Schmidtschen Angaben sowie auch gegen die Berichte Doyens über Mikrokokkenbefunde sowie gegen die Blastomyzetentheorie von Sanfelice zu erhebenden Einwände dar. Namentlich aber verlangen Verfasser die Einstellung des Vertriebes des auf Grund der Schmidtschen Angaben als Krebsmittel empfohlenen Antimeristems, das nach den umfangreichen Versuchen im Samariterhaus zu Heidelberg als total wirkungslos zu bezeichnen ist. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Verhalten der Wassermannschen Reaktion zum Karzinom, von A. Forrster-London. (Lancet, 24. Juni 1911.) Unter einer Serie von 10 Fällen von Zungenkrebs gab die Wassermannsche Probe bei 3 Patienten ein positives Ergebnis; 2 von diesen 3 gaben eine vorangegangene luetische Infektion zu; bei 25 Fällen mit anderweitig lokalisiertem Krebs war die Reaktion stets negativ. Hieraus folgert Verfasser, daß der Syphilis als ätiologisches Moment bei der Entstehung von Karzinom eine Bedeutung nicht zugesprochen werden kann, und wenn auch der Zungenkrebs weit häufiger als die anderweitig lokalisierten Karzinome sich nach überstandener Syphilis vorfindet, so kann derselbe doch jedenfalls nicht ohne weiteres etwa wie Tabes oder progressive Paralyse als eine parasyphilitische Affektion aufgefaßt werden. Ferner hat F. aus karzinomatösem Material einen wässerigen Extrakt als Antigen hergestellt und an 21 Fällen geprüft. Er konstatiert, daß dasselbe bei einem großen Prozentsatz von Proben mit syphilitischem Extrakt positiv reagierte. Die Versuche, die Verfasser ausführte, um eine Serodiagnose für Krebs zu konstruieren, sind vorerst nicht gelungen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Rolle des Fettes bei der Ätiologie und dem Fortschreiten des Krebses, von G. T. Beatson-Glasgow. (Lancet, 10. Juni 1911.) Dem Verfasser war es schon vielfach aufgefallen, daß bei manchen Sektionen von Individuen, die an Karzinom verstorben waren, das Körperfett im allgemeinen eine eigentümlich pigmentreiche Beschaffenheit und eine gelblich-zinnoberrote Färbung aufwies, und wiederum, daß z. B. bei Operationen wegen Mammakarzinom das Fett der Brustgegend eigentümlich ölig-flüssig war. Er hat daraufhin eine Reihe von Untersuchungen von Fett von verschiedenen Krankheitsfällen und aus verschiedenen Lebensaltern ausführen lassen, um zu eruieren, ob wohl in bezug auf die Bildung von überschüssiger Fettsäure bestimmte Normen obwalten. Nach den recht zahlreichen Bestimmungen ergibt sich allerdings eine recht erhebliche Verschiedenheit in bezug auf die Jodwerte, welche als Maßstab für den Säuregehalt ausgerechnet wurden. Dieser Jodwert ergab bei 22 Fällen von normalen Individuen zwischen 26 und 38 Jahren einen Durchschnitt von 62,1, während bei 43 Krebskranken im Alter von 39 und 68 Jahren sich 72,62 als Durchschnitt herausstellte, und 12 normale Individuen im Alter von 52 und 65 Jahren nur 63,98 lieferten. Bei Kindern wiederum wurde nur 44,47 festgestellt; dahingegen stieg dieser Wert mit Eintritt der Pubertät auf 60,88. Mit diesen Untersuchungen soll keine definitive Theorie begründet werden. Verfasser will damit nur zu dem Kapitel von der Bedeutung der Fette, das in letzter Zeit auch sonst vielfache Erweiterung erfahren hat, einen weiteren Beitrag liefern.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Zwei Vorlesungen über Unicellula Cancri, den Parasiten des Krebses, von H. Bertlin-London. (Lancet, 25. Nov. und 2. Dez. 1911 und Brit. med. Journ., 25. Nov. und 2. Dez. 1911.) In geistvoller Weise, gestützt auf klinische und pathologisch-anatomische Tatsachen und auf Analogien, verteidigt Verfasser seine Auffassung, daß die Krebszelle in der Tat ein Protozoon darstellt, für welches er den provisorischen Namen Unicellula Cancri aufgestellt hat, wobei er nebst dem Karzinom auch Sarkome und Ulcus rodens in die Gruppe mit einbegreift. Allerdings gibt B. zu, daß die Kochschen Postulate eines ätiologischen Beweises hierbei noch nicht erfüllt sind; andererseits aber führt er zahlreiche Tatsachen an, für welche seine Theorie die plausibelste Erklärung liefert. Eine große Schwierigkeit bildet allerdings die Frage von der Herkunft des Parasiten, denn das große Übergewicht der Forschungsergebnisse wendet sich gegen die Annahme einer exogenen zugunsten einer endogenen Entstehung der Gewächse. Daraus wäre zu folgern, daß unter gewissen Umständen gewisse Körperzellen ein neues Lebewesen aus sich heraus entwickeln, welches ein selbständiges, allerdings parasitäres Dasein führt und beim Fehlen antagonistischer Einwirkungen schließlich seinen Wirt aufzehrt und vernichtet. Ohne die begründenden Details kann man schwerlich einen entsprechenden Begriff von dem zum mindesten als anregend zu bezeichnenden Vortrag geben. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Lebensfähigkeit des Menschenkarzinoms an Tieren, von C. L. Williams-Birkenhead. (Lancet, 1911, 30. Sept.) Daß es nicht gelingt, Tiere mit menschlichem Karzinom zu infizieren, ist durch die zahlreichen Versuche verschiedener Forscher festgestellt. W. hat aber erforschen wollen, welche Prozesse die implantierten Geschwulststücke durchmachen, und hat zu diesem Zwecke frisch exzidierte, ca. 1 cmm große Portionen von Scirrhus, Epitheliom und anderen Tumoren unter aseptischen Vorsichtsmaßregeln Affen und einigen anderen Tieren subkutan beigebracht. Das Ergebnis seiner 31 Experimente zeigt, daß die eingelegten Massen etwa 5 Tage lang lebensfähig bleiben und auch Mitosenbildung aufweisen, wenn auch letzterer Vorgang binnen 24 Stunden eine deutliche Beeinträchtigung erfährt. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Bedeutung der Mäusekarzinome, von F. Henke-Königsberg i. Pr. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 5.) Veranlaßt durch eine Äußerung v. Hansemanns, der jegliche Analogie des sog. Mäusekarzinoms mit dem menschlichen Krebs als unerwiesen ablehnte, schildert Verf. einige seiner Beobachtungen über die anatomischen Befunde, die er bei dem inokulierten und bei dem in Form einer kleinen Epidemie unter seinen Versuchstieren aufgetretenen Karzinom erhoben hat. Er konstatirt nach verschiedenen Richtungen hin Übereinstimmungen zwischen der Tier- und der Menschenkrankheit und glaubt, daß man bei Beobachtung der nötigen Vorsicht sehr wohl gewisse Rückschlüsse aus dem Tierexperiment ziehen kann. Die Wassermannschen Heilerfolge aber beim Mäusekrebs haben allerdings zunächst für den Menschen noch gar keine praktische Bedeutung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Subkutan immunisierte Mäuse sind auch immun gegenüber der Inokulation von Krebs an ihren internen Organen, von W. H. Woglom-London. (Lancet, 1911, 8. Juli.) Die Frage, ob die durch subkutane Behandlung erzielte Immunisierung bei Versuchstieren eine für den Organismus im ganzen oder eine nur lokal wirksame ist, haben verschiedene Forscher widersprechend beantwortet. W. kommt auf Grund von drei Reihen von experimentellen Beobachtungen zu dem in der Überschrift wiedergegebenen Resultat. Von 13 mit embryonaler Mäusehaut subkutan inokulierten Mäusen entwickelten nur 5 einen Tumor der Niere bei nachheriger Injektion von Krebsemulsion in dieses Organ, während bei 10 Kontrolltieren in allen Fällen ein Tumor, und das meist in größeren Dimensionen, entstand. Ferner wurde eine vergleichende Serie angestellt,

Digitized by Google

bei welcher ein Teil der Kontrolltiere subkutan und andere an der Niere inokuliert wurden, und wiederum eine solche, bei der an Kontrolltieren sowohl subkutan in der Axilla als auch in die Niere inokuliert wurde. Das Resultat war bei allen 3 Beobachtungsreihen ein analoges. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Karzinome der Mundhöhlen- und Zungenschleimhaut auf der Basis der Leukoplakie. Ihre Prognose und ihre „Prophylaxe“, von Franz Genschmer. (Inaug.-Dissert., Leipzig 1909.) Berücksichtigt man größere, von verschiedenen Forschern zusammengestellte Beobachtungsreihen, so kommt man zu dem Schluß, daß etwa $^1/_4$—$^1/_3$ aller „idiopathischen“ Plaques der Mund- und Zungenschleimhaut schließlich karzinomatös entartet. Die Zeit, die im einzelnen Fall darüber hingeht, ist eine ganz verschiedene: immerhin ist es eine Ausnahme, wenn die bösartige Umwandlung sich bereits 2 oder 3 Jahre nach dem Auftreten der Schleimhautplaques oder noch früher vollzieht. Gewöhnlich geht viel längere Zeit darüber hin, oft 2—3 Jahrzehnte, gelegentlich selbst deren vier. Mittelwerte, die man aus den Veröffentlichungen der verschiedenen Verfasser zieht, zeigen in seltener Übereinstimmung, daß das fünfte Lebensjahrzehnt für die Träger einer Leukoplakie nach dieser Richtung besonders gefährdet ist. Wenn man die veröffentlichten Operationsresultate überschaut, so gewinnt man unmittelbar den Eindruck, daß durchschnittlich die erzielten Erfolge auffallend günstig sind. Eine Erklärung dafür ist in einer anfänglich zumeist vorhandenen relativen Benignität der leukoplakischen Krebse zu suchen. Erstaunlich oft bedeutet die Exstirpation des leukoplakischen Karzinoms eine Dauerheilung. Oft läßt nach der Operation selbst einigermaßen vorgeschrittener Formen das Rezidiv jahrelang auf sich warten. Es hat eben der leukoplakische Krebs im allgemeinen oder doch jedenfalls nicht selten eine geringere Tendenz als andere Krebse zur raschen Evolution, eine geringere Neigung, die angrenzenden Gewebe zu infiltrieren und Drüsenmetastasen zu machen. Vornehmlich tritt das in Erscheinung bei den Karzinomen, die sich auf Lippenleukoplakien entwickeln. Das Gegenstück in prognostischer Beziehung zu den Lippenkarzinomen mit ihren guten Heilungschancen bilden in der großen Gruppe der leukoplakischen Mundhöhlenkrebse anscheinend diejenigen der Wangenschleimhaut. Die in der Literatur angeführten hierher gehörigen Beobachtungen sind zu wenig zahlreich, als daß sie ein abschließendes Urteil nach dieser Richtung hin gestatten. Immerhin betreffen sie durchweg Fälle von so ausgesprochener Tendenz zu rapider Progression in loco und zu Drüsenmetastasen, daß man unwillkürlich den Eindruck gewinnt, die Wangenkarzinome auf „psoriatischer“ Basis geben an Bösartigkeit den übrigen Krebsen dieser Region, bei denen bekanntlich die Prognose eine durchaus schlechte ist, nicht das mindeste nach.

Das leukoplakische Karzinom zeigt die Struktur des verhornenden Plattenepithelkrebses, seine Epithelstränge gehen an der Grenze der Neubildung kontinuierlich in das Epithel der Schleimhaut über. Relativ häufig finden sich Bilder, aus denen hervorgeht, daß der neoplastische Prozeß von 2 und mehreren räumlich getrennten Ausgangspunkten zugleich seine Entwicklung genommen hat. Die Beziehungen der Leukoplakie zum Karzinom sind ganz außerordentlich enge. Allmähliche Übergänge führen von ihr zur krebsigen Entartung hinüber in so feinen Abstufungen, daß im gegebenen Falle selbst Zweifel darüber entstehen könnten, ob man bereits von maligner Umwandlung zu sprechen berechtigt ist oder nicht.

Es ist die Entstehung des Karzinoms auf leukoplakischer Grundlage nicht eine bloße Koinzidenz, eine Komplikation im weiteren Sinne, sondern ein Evolutionsprozeß, dessen kankröse Natur seine Begründung in der anatomischen Struktur findet, die dem leukoplakischen Fleck von Beginn an eigen ist. Jede Leukoplakie ohne Ausnahme birgt diese Prädisposition für die kankröse Evolution in sich. Varietäten existieren nach dieser

Digitized by Google

Richtung hin nicht. Diese Disposition führt aber nur in der Minderzahl der Fälle wirklich zur Entstehung eines Karzinoms. Andererseits ist mit Hinblick auf die im mikroskopischen Bild konstatierten Übergänge zwischen der Leukoplakie und dem Karzinom von vornherein zu erwarten, daß in einer Reihe von Beobachtungen, die sonst nicht den geringsten Anhalt für eine kankröse Evolution bieten, das Mikroskop gleichwohl deren Vorhandensein ergibt. Tatsächlich wissen die meisten Verfasser von derartigen völlig unverdächtigen Fällen zu berichten, die bei der mikroskopischen Untersuchung manifeste Zeichen der krebsigen Regeneration aufwiesen. Auch das Umgekehrte kommt vor. Es kann eine maligne Neubildung angenommen werden, und doch wird dann nur ein einfaches Papillom gefunden. Weit häufiger als durch das Erscheinen papillomatöser Bildungen alarmiert die Leukoplakie die Aufmerksamkeit durch das Auftreten von Rhagaden und Ulzerationen. Die Entstehung ersterer geht zumeist so vor sich, daß die gebildeten Epithelschwarten zu wenig elastisch sind, um sich den komplizierten Zungenbewegungen genügend anzuschmiegen, und deshalb einreißen. Das zunächst hyperkeratinisierte Epithel in der Umgebung des Risses zeigt oftmals eine ausgesprochene Tendenz zur Enthornung und Desquamation, und es entstehen Ulzerationen von mehr oder minder großer Tiefe.

Jedenfalls muß zugegeben werden, daß in manchen Fällen das Rauchen das einzig greifbare Moment ist, das sich für die Entstehung des Leidens eruieren läßt. Bei vorausgegangener Syphilis genügt auch ein geringer Tabakkonsum, um die Mundschleimhaut leukoplakische Veränderungen eingehen zu lassen. Neben dem Rauchen und der Syphilis gibt es noch eine ganze Reihe weiterer Faktoren, die einen gewissen Kausalnexus zur Milchfleckenkrankheit erkennen lassen, nur spielen sie meist eine mehr untergeordnete Rolle. Das Tabakkauen, der gewohnheitsgemäße Genuß starker alkoholischer Getränke wie scharfer und übermäßig gewürzter Speisen, die Gewohnheit, sehr heiß zu essen, der langdauernde Insult der Schleimhaut durch kariöse und scharfkantige Zähne, schlecht sitzende künstliche Gebisse u. dgl., das alles kann im Einzelfalle sehr wohl als Gelegenheitsursache für die Entwicklung der Leukoplakie in Frage kommen. Von konstitutionellen Leiden scheint die Zuckerkrankheit die Schleimhaut für die Entwicklung der Leukoplakie empfänglich zu machen. In ihrer Ätiologie spielen schließlich noch die chronischen Erkrankungen des oberen Verdauungstraktus, namentlich des Magens, eine gewisse Rolle.

Die Behandlung der Leukoplakie sucht in erster Linie ein Fortschreiten jener Schädlichkeiten auszuschalten, die im Einzelfalle die Entstehung des Krankheitsprozesses eingeleitet haben, und hat weiterhin darauf hinzuarbeiten, nach Möglichkeit überhaupt jede Reizwirkung von der Schleimhaut der Mundhöhle fernzuhalten.

Verfasser plädiert dafür, in jedem Falle, in dem vorausgegangene Lues anamnestisch oder sonstwie sichergestellt ist, zunächst eine spezifische Kur in mildester Form einzuleiten und diese durch gleichzeitige örtliche Behandlung der Plaques mit 20%iger Jodkali- oder $^1/_2$—1%iger Sublimatlösung zu unterstützen. Der Arzneischatz bietet kein einziges Mittel, durch das eine Abheilung der leukoplakischen Herde mit Sicherheit herbeigeführt werden kann. Zur örtlichen Behandlung eignet sich noch am besten die Milchsäure. Man beginnt mit einer 5%igen Lösung, die man mit einem kleinen Wattebausch alle 2—3 Tage mehrere Minuten lang auf den einzelnen Plaques tüchtig verreibt, um allmählich bis zu einer 50%igen Lösung aufzusteigen. In der Zwischenzeit zwischen den Ätzungen werden Spülungen mit Wasserstoffsuperoxyd vorgenommen. De Ruyter hat eine Anzahl von Leukoplakien mittels des Paquelin zur Abheilung gebracht und bezeichnet diese Behandlungsmethode als ebenso zuverlässig wie einfach.

Digitized by Google

Die Feststellung, daß die Heilung der Leukoplakie möglich ist, macht es zur Pflicht, das Schleimhautleiden zu beseitigen, sowie es bemerkt wird, auch wenn es keine subjektiven Beschwerden macht und zunächst auch nicht der geringste Verdacht einer bevorstehenden Komplikation vorliegt. Fritz Loeb-München.

Über karzinomatöse Hautmetastasen, von Hugo Fasal. (Wien. med. Wochenschr., 1911, Nr. 25.) Einer 65jährigen Frau war vor $4^1/_2$ Jahren wegen Karzinom die Mamma amputiert worden unter Ausräumung der Lymphdrüsen der entsprechenden Achselhöhle. Zwei Jahre später trat Anschwellung des Armes auf unter Erscheinen zahlreicher Knötchen und Flecken am Arm und am Stamm. Histologisch ergibt sich in den Knötchen eine karzinomatöse Infiltration der Gewebsspalten der Haut.

Schourp-Danzig.

Diffuses Karzinom des Integumentes der weiblichen Mamma und Brust („Cancer en Cuirasse"), von G. F. Beatson-Glasgow. (Lancet, 1911, 5. Aug.) Verf. berichtet über einen einschlägigen Fall (er hat deren 4 genauer beobachtet) bei einer 63jährigen Frau, welche etwa 3 Jahre nach dem Einsetzen der ersten Symptome in Behandlung kam und ein halbes Jahr später kachektisch zugrunde ging. Die Obduktion bestätigte die durch Biopsie schon gestellte Diagnose. Das Hauptmoment bei diesem Bericht liegt aber darin, daß Verfasser durch genaue mikroskopische Untersuchungen in der Lage war, zu zeigen, daß die Ausbreitung des karzinomatösen Prozesses (entgegen der von Handley gegebenen Darstellung) hierbei auf dem Wege des subpapillaren Lymphplexus der Haut stattgefunden hatte und nicht etwa durch ein Zusammenfließen von mehreren einzelnen Herden. Die beachtenswerten Einzelheiten der Besprechung sind im Referate nicht angemessen wiederzugeben. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ungewöhnliche Verteilung der Metastasen bei Krebs der weiblichen Brustdrüse, von George Thos. Beatson. (Glasgow Journ., 1911, S. 431.) Bei einer Frau, die an einem Karzinom der linken Mamma litt, hatten sich zahlreiche Metastasen in der Haut oder Brust des Abdomens, des Rückens und der Nates gebildet. Besonders große waren am Nabel, Anus und an der Vulva lokalisiert.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Paraffinkrebs am Halse, von Alexander Miles. (Edinburgh Journ., 1911, S. 539.) Ein 70jähriger Kranker hatte auf der rechten Halsseite über dem Kopfnicker ein höckriges, blutig-serös sezernierendes Geschwür mit derben überhängenden Rändern. In der Umgebung schuppende Flecke. Auf der linken Halsseite ein derbes Knötchen. Das klinische Bild war das eines Paraffinkrebses. Histologisch fand sich ein Hautkrebs. Der Kranke mußte in seinem Berufe in Teer getauchte Eisenbahnschwellen tragen. Richard Frühwald-Leipzig.

Ist Krebszerfall auszuheilen durch medikamentöse Behandlung? von R. Roerig-Davos-Braunwald. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 6.) R. will mit Darreichung von bakteriziden Kalklösungen in einem Falle von inoperablem Plattenepithelkrebs des Gesichts einen Erfolg erzielt haben. Die bakteriziden Kalklösungen — R-Lösung für Gewebszerfall der Epidermis und L-Lösung für Gewebszerfall parenchymatöser Organe — kommen demnächst in den Handel. Schourp-Danzig.

Verschiedenes.

Priv.-Doz. Dr. Hans Hübner in Marburg erhielt den Titel Professor.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

Abortivbehandlung der Blennorrhagie (Montfort) 534; s. Syphilis I L.
Abrin. Über die experimentellen Alopezien durch (Vignolo-Lutati) 529.
Abstinenzkrankheiten usw. Über die wissenschaftlichen Fundamente der Lehre von den sexuellen (Touton) 127.
Achorion Quinceanum (Mäusefavus), von einem 5jähr. Mädchen herstammend. Kulturen von (Sequeira) 327.
— — beim Menschen. Ein neuer Fall von (Brault) 567.
— — am Augenlide. Isoliertes Skutulum von 613.
Achromie nach Salvarsan. Zikatrizielle (Nonell) 37.
Acne s. Akne.
Actinomycetem comitans. Bacterium 711.
Adenitis tuberculosa 108.
Adeno-Carcinoma 298.
Adenoma sebaceum 412.
Adenomata sebacea, erfolgreich mit Radium behandelt. Konfluierende (Hudelo, Darbois, Gallet) 234.
Aderlaß und Kochsalzinfusion in der Dermatologie (Simon) 334.
Adnexerkrankungen 307.
Adrenalinanämisierung als Hautschutz in der Röntgentherapie (Reicher und Lenz) 299.
Affinität. Oxypolare 239.
Akkomodationslähmung nach Salvarsan. Doppelseitige (Makrocki) 578.
Akne. Die Behandlung der 657.
— agminata. Fall von (Williams) 327.
— -Keloid (Bormann) 443.
— rosacea 524.
— scrophulosorum 356.
— vulgaris. Hochfrequente Ströme in der Behandlung der (Lewi) 70.
— — mit hohen Frequenzströmen (Oudin). Die Behandlung der (Herzfeld) 597.
— — 524.
— — obstinata (Stewart) 624.
Aknitis 356.
Akroangioms. Zur Kasuistik des hämorrhagischen (Mordwinow) 380.
Akrodermatitis atrophicans (Herxheimer) 293.
Akrosarkom s. Sarkom.
Aktinium. Über die Behandlung bösartiger Geschwülste mit radioaktiven Substanzen, speziell mit (Czerny u. Caan) 736.
*Aktinomykose. Ein Fall von primärer Haut- (Merian) 45.
— Untersuchungen über menschliche (Klingen) 711.
— in Norwegen usw. (Harbitz u. Grondahl) 711.
— Klinische Beobachtungen über (Eliasberg) 712.
— am linken Kiefer (Sigaud) 713.
— -ähnliche gummöse Tuberkulose der zervikofazialen Lymphdrüsen (Gaucher, Gougerot u. Bricout) 728.
Aktinomykosis (Streptotrichosis) beim Menschen (Wood u. Eshner) 711.
— der Haut (Dascaloff) 712.
— Zwei Fälle von (Jones) 712.
— der Wange usw. (Stengel) 713.
Albarran, J. 380.
Albuminurie, Nephritis und Pyelonephritis auf blennorrhoischer Grundlage (Motz) 730.
Aleppobeule analogen Erkrankung. Die Ätiologie der in Surinam vorkommenden sog. Boschyaros, einer der (Flu) 715.
— und seine Kultur. Der Erreger der (Reshad Risa u. Mustafa) 732.
Alkohol und Geschlechtskrankheiten (Crothers) 677.
Alkohols auf gewisse Hauterkrankungen. Die Einwirkung des (Bulkley) 336.
Allosan. Mitteilung über (Arenstein) 533.
Alopecia areata bei einem Syphilitiker (Sequeira) 30.
— — Onychia sicca syphilitica mit universeller Alopekie. (Typus der —) (Adamson) 207.

Digitized by Google

Alopecia areata capillitii 446.
— parvimaculata (kleinfleckige Haarkrankheit) bezeichnete Haarkrankheit. Die als (Boegershausen u. Besserer) 480.
— universalis. Zwei Fälle von (Little) 598.
— — mit gleichzeitiger Dystrophie der Nägel (Sequeira) 598.
Alopezie (Typus der Alopecia areata). Onychia sicca syphilitica im Verein mit universeller (Adamson) 207.
Aklopezien durch Abrin. Über die experimentellen (Vignolo-Lutati) 529.
Amylum Marantae 461.
— oryzae 460.
— solani 460.
— tritici 460.
Anästhesie. Gefärbte Lösungen zur Lokal- (Dubar) 263.
Analfistel mit Exzision und Naht. Behandlung der (Beck) 132.
Anaphylaxie-Phänomene in der Haut (Coppolino) 356.
— erinnerten, bei einem Kranken, der 4 Salvarsaninjektionen erhalten hatte. Intoleranzerscheinungen, welche an (Ravaut u. Weissenbach) 543.
Aneurysma der Aorta descendens 543.
Angina Plaut-Vincenti mit Salvarsan. Behandlung der (Sourdel) 132.
— Plaut-Vincentsche 578.
— Vincenti 656.
Anginen. Zur Frage über die Scharlachvakzination und (Wladimiroff) 451.
Angiome. Radium gegen (Breda) 298.
— und Nävi mittels Kohlensäureschnee. Anatomische und klinische Beiträge zur Behandlung der (Salomon) 335.
Angiomen. Fall von multiplen (Bunch) 291.
Angioneurosen. Kasuistik über (Harbitz) 386.
Anilinfarbstoffen auf die menschliche und tierische Haut. Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von (Sachs) 149.
Animierkneipenwesen in Frankfurt a. M. Der Kampf gegen das (Flesch) 624.
*Ansteckung von venerischen (weichen und harten) Affektionen. Zur Frage über den Einfluß der rituellen Beschneidung auf die (Pawlow) 197.
Anthrax. Ein mit Sclavoschem Serum behandelter Fall von (Ferguson) 690.
— der Haut und des Gastro-Intestinaltraktes (Fleming u. Stewart) 690.
— auf den Philippinen (Boyton) 690.
Antiforminmethode für den Tuberkelbazillennachweis im Gewebe. Untersuchungen über den Wert der (Hart u. Lessing) 43.
— zur Bestimmung der Ätiologie der sog. Tuberkulide mit spezieller Beziehung auf den Lupus erythematosus. Die Bedeutung von Muchs Granularkörperchen und die (Friedländer) 354.
*Antiforminverfahrens. Leprabazillennachweis in denselben mittels des —. Zwei Fälle von Lepra mit tuberkuloiden Gewebsveränderungen (Merian) 637.
Antigenreaktion im Urin 295.
Antileprol s. Lepra.
Antipyrinexantheme in der Mundhöhle. Die bullösen (Nicolas u. Moutot) 125.
Anus und des Mastdarms. Über die weichen Schanker des (Laborie) 685.
Aphtösen Fiebers. Klinische Erscheinungsformen des —. Seine Behandlung (Lévy) 132.
Arsazetin in der Therapie der Pellagra (Sormani) 393.
Arsen in der Dermatologie des praktischen Arztes (Saalfeld) 321.
Arsenpräparaten. Behandlung der Mycosis fungoides m. d. neuen (Brault) 235; s. As.
Arsenik. Besserung durch —. Multiples Akrosarkom (Kaposi) (Rasch) 293.
Arseniks durch Harn und Milch nach der Einspritzung von Salvarsan. Über die Ausscheidung des (Devilla) 512.
Arsenophenylglyzins. Zur Theorie der Wirkung des Salvarsans und (Iversen) 508.
Arsens im tierischen Organismus nach intravenöser Einspritzung von Salvarsan. Über die Verweildauer des (Ritter) 511.
— nach der intramuskulären Injektion des Salvarsans. Über die Ausscheidung des (Muto u. Sauno) 512.
Arsoferrin-Tektolettes. Erfahrungen über die therapeutische Wirksamkeit der (Schleyen) 364.
Arsonvalisation der Haut als Vorbehandlung nachfolgender Röntgenbestrahlung. Die unipolare (Kaestle) 299.
Artefizielle Exantheme (Shaw) 217.
— Hautgangrän. Multiple (Thibierge) 219.
— Hautgeschwüre (Goldbach) 31.
Artefiziellem Hautausschlag. Nachtrag zu einem Falle von (Weber) 445.
Arteriosklerose s. Syphilis.
*Arthigon. Erfahrungen mit Gonokokkenvakzine (Dorn) 301.
— 333.
Arthritis gonorrhoica 306.
Arzneiexanthem. Ein Fall von (Schütz) 389.
As-Präparate. Einfluß der Technik der Injektionsmethoden auf Remanenz und

Digitized by Google

Wirkungsweise der Hg- und (Ullmann) 359.
Aspergillus fumigatus. Der angebliche Einfluß der Jahreszeiten auf die Giftigkeit der Kulturen von (Pighini u. Ravenna) 43.
Aspirin. Beobachtungen über toxische Wirkungen von (Brown) 395.
Ataxie und ihre Beziehung zur Urologie. Lokomotorische (Klussman) 264.
Atherma. Doppelläufige Kanüle 681.
Atrophia maculosa cutis (Bogrow) 67.
— cutis idiopathica progressiva (Fokin) 648.
Atrophie bei Lupus erythematosus. Makulöse (Little) 29.
— Diffuse idiopathische Haut- (Haslund) 293.
— Leukoderma syphiliticum mit zentraler (Mc Donagh) 598.
— Sklerodermie mit nachfolgender Haut- (Heller) 726.
*Atropinbehandlung der Blennorrhöe des Mannes. Zur Kritik der (Fluss) 192.
Atropin ins Auge. Universelle Ausschläge von ungewöhnlicher Art als Folge von Resorptionsvorgängen bei Anwendung eines Belladonnapflasters und der Einträufelung von (Knowles) 218.
Auge und Ohr. Salvarsan, dessen Wirkung auf (Houver) 573.
— Der Einfluß des Salvarsans auf das (Griguolo) 574.
— Salvarsan und das (Fejér) 575.
Augen Syphilitischer. Wirkung des Salvarsans auf die gesunden (Rosenbaum) 576.
Augenstörungen nach Salvarsaninjektionen (Duvigneaud) 361.
Autolyse bei malignen Tumoren des Menschen. Die Wirkung der Produkte der homogenen fötalen (Fichera) 735.
Azotämie. Ihre Beziehungen zur —. Die Perikarditis bei Morbus Brightii (Widal u. Weill) 380.

Bädern. Behandlung der Psoriasis und des Lichen planus mit medikamentösen (Balzer, Godlewski u. Condat) 411.
Bakterienreichtum der Haut Gesunder und Hautkranker usw. Experimentelle Untersuchungen über den (Hidaka) 76.
Barlowsche Krankheit s. Gärungskrankheiten.
Bartes. Eine neue Methode zur Beseitigung des Frauen- (Schwenter-Drachsler) 321.
Baryum sulfuricum 462.
Bazillen bei Rachengeschwüren usw. Das Vorkommen von Spirochäten und fusiformen (Chamberlain) 656.
Bazillus. Über einen Fall von Gasgangrän, verursacht durch den Bienstokschen (Rocchi) 657.
Beingeschwüre mit dem Zinkleimverband. Ambulante Behandlung der (Longin) 237.
Belladonnapflasters und der Einträufelung von Atropin ins Auge. Universelle Ausschläge von ungewöhnlicher Art als Folge von Resorptionsvorgängen bei Anwendung eines (Knowles) 218.
Beobachtungen auf Savaii und Manono (Samoa). Bericht über medizinische (Leber u. Prowazek) 612.
Beriberi s. Gärungskrankheiten.
*Beschneidung auf die Ansteckung von venerischen (weichen und harten) Affektionen. Zur Frage über den Einfluß der rituellen (Pawlow) 197.
Bestrahlung und Kohlensäureschnee. Behandlung der systematizierten verrukösen Nävi (lineäre und herdförmige) mittels (Hudelo und v. Jong) 236.
Bilharziosis durch Salvarsan. Über die sog. Heilung der (Loos) 300.
Binden. Medikamentöse (Peyri) 37.
Bismuthum subnitricum 462.
Blase. Zur Frage der Syphilis der (Pereschiwkin) 95.
— Ausgedehnte Resektionen der (Giordano) 262; (Rovsing) 262.
— und einer neuen Urethra. Bildung einer neuen (Heitz-Boyer u. Hovelacque) 380.
— bei der Nieren-Blasentuberkulose. Die Ausschließung der (Boeckel) 161.
Blasen entwickelten Karzinome. Die auf ektopischen (Lecène und Hovelacque) 679.
Blasendivertikel. Ein Fall von doppeltem kongenitalem (Brongersma) 731.
Blasenepithels in sezernierendes Zylinderepithel. Umwandlung des (Zuckerkandl) 94.
Blasenexstrophie. Pathologisch-anatomische Untersuchung der totalen (Hovelacque) 294, 380.
Blasenkrankheiten. Saugdrainage bei (Bozeman) 264.
Blasenneuralgie infolge von Varikozele (Maraini) 94.
Blasenpapillom, behandelt mit hochfrequenten Strömen (Gardner) 264.
Blasenstein vortäuschte. Fremdkörper, vom Appendix herstammend, welcher einen (Desnos) 680.
Blasentuberkulose. Die Ausschließung der Blase bei der Nieren- (Boeckel) 601.

Digitized by Google

Blasentumoren. Meine Methode der intravesikalen Operation von (Blum) 96, 677.
— Die Entwicklung der Behandlung der (Grandjean) 533.
Blasenwand. Ausgedehnte Resektionen der (Fenwick) 262.
Blasenzange zum Operationszystoskop. Neue scharfe (Schlagintweit) 96.
Blennorrhagie. Abortivbehandlung der (Montfort) 534.
Blennorrhagische Keratodermie bei einem jungen Manne (Little u. Douglas) 207.
Blennorrhöe der Geschlechts- und Harnwege. Gründe für die ungenügenden Heilerfolge bei der Behandlung der (Buka) 69.
— auf das Körpergewicht der Kranken. Zur Frage d. Einflusses der (Troitzki) 71.
— Pyelitis bei (Aronstam) 624.
— Ein Fall von Konjunktivitis bei akuter (Bartholow) 677.
— mit Antimeningokokkenserum. Die Behandlung der Gelenkkomplikationen der (Héresco u. Cealic) 679.
*— des Mannes. Zur Kritik der Atropinbehandlung der (Fluss) 192.
— — — Die Behandlung der (Klingmüller) 602; s. Gonorrhöe, Tripper.
Blennorrhoica. Peritonitis acuta diffusa (Goodmann) 69.
— Stomatitis 240.
Blennorrhoischen Eiter. Über eine besondere Form der neutrophilen Leukozyten im (Neuberger u. Cnopf) 530.
— Entzündung der paraurethralen Zunge an der Raphe penis. Zur Kasuistik der (Tschernogubow) 653.
— Infektionen der Frau. Behandlung der hartnäckigen (Stoicesco) 731.
— Ursprungs. Zur Kasuistik der Strukturen nicht (Himmel) 653.
Blennorrhoischer Grundlage. Albuminurie, Nephritis und Pyelonephritis auf (Motz) 730.
— Komplikationen. Über neuere Behandlungsmethoden (Rohrbach) 230.
— Talalgie, mit Röntgenstrahlen behandelt. Ein Fall von (Batera) 36.
— Ulzerationen. Beitrag zum Studium (Serra) 599.
Blutdruckvermehrung nach einer Salvarsaninjektion. Ein Anfall von (Covisa) 36.
Blutentnahme aus der Vene und einen Handgriff zur Reinigung der Kanülen. Über eine neue Kanüle zur (Dreuw) 220.
Blutkoagulation bei Hautkrankheiten. Die Zeiten der (Cohen) 264.
Blutleere. Über Lähmung nach Esmarchscher (Kausch) 692.
Blutuntersuchung für Studierende und Ärzte. Technik der klinischen (Pappenheim) 567.
Blutveränderungen haben. Kapillarer und venöser Kreislauf u. Hautkrankheiten, die ihren Ursprung in einer Störung dieser Gefäße und in (McVey) 623.
Blutungen in der Haut (zur Kritik des Rumpel-Leedeschen Phänomens). Über Stauungs- (Strauch) 418.
Bolus alba. Beiträge zur Wundbehandlung mit (Liermann) 364.
— — 461.
Boschyaros, einer der Aleppobeule analogen Erkrankung. Die Ätiologie der in Surinam vorkommenden sogenannten (Flu) 715.
Botryomykose. Bericht über menschliche (Bosellini) 177.
— Über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf den Erreger der (Eberlein) 691.
— mit doppelter Lokalisation. Ein Fall von menschlicher (Julliard) 691.
Botryomycosis hominis 710.
— humana (klinischer Fall). Die sogenannte (Sainz de Aja) 711.
Bouba. Einige neue Publikationen über Frambösia oder (Breda) 35, 733.
Boubas brasiliana (Morbus Breda). Über zwei neue Fälle von (Verrotti) 733.
Breda. Morbus 733.
Bromoderma Tschernogubow 648.
*— Über (Jordan) 453.
— beim Säugling (Cech) 394.
— tuberosum vegetans aut papillomatosus (Exanthemata ex usu bromi). Drei Fälle von (Kudisch) 653.
Brustdrüsenkrebs s. Krebs.
Brustabszeß 333.
Bullösen Hautaffektionen. Zur Kenntnis der atypischen (Bogrow) 177.
— Dermatosen. Der konstante Strom bei (Peyri) 332.

$CaCl_2$ s. Hautkrankheiten.
Calcium carbonicum praecipitatum 462.
— sulfuricum 462.
Cancer en cuirasse (Mouchin) 68.
— — 748.
Celluloma annulare 84.
Cheilitis glandularis apostematosa, kombiniert mit Cheilitis exfoliativa (Sutton) 500.
— exfoliativa 500.
Cheiro-Pompholyx (Kemp) 481.
*Chemie der Haut. Zur —. IX. Die Verteilung des Sauerstoffs und der Sauerstoffermente in der Haut (Unna u. Golodetz) 2, 54.

Digitized by Google

Chemie der Haut nach den neuen Arbeiten von Unna und seinen Mitarbeitern. Die (Civatte) 233.
Chemotherapie und sein Syphilisheilmittel. Ehrlichs 627.
*Chilblain-Lupus (Hutchinson) und Lupus pernio (Besnier-Tenneson) (Grosz) 133, 467.
Chinin erzeugter skarlatiniformer Ausschlag. Ein durch (Williams) 386.
Chloride im getrennt aufgefangenen Urin. Die Gesetze des Harnstoffs und der (Cathelin) 680.
Chloroxylon Swietenia 217.
Chorioiditis 158.
— peripherica 577.
Chorio-Retinitis 159.
Christoph Wren, englischer Arzt (Pernet) 329.
Chromoureteroskopie in der funktionellen Nierendiagnostik. Über die (Thomas) 72.
Chromozystoskopie für die funktionelle Nierendiagnostik. Über die Unzulänglichkeit der (Roth) 93.
Chromsäure bei entzündlichen und geschwürigen Affektionen der Schleimhäute. Über die Anwendung der (Hénouille) 656.
Chrysophanhydroanthron 357.
Chrysophansäurezusatz. Behandlung der Psoriasis durch Bäder mit Teer- und (Balzer, Lévy-Franckel u. Condat) 236.
Colitis fibrinosa 244.
Colliculus seminalis. Erkrankung und Behandlung am (Knowles Swinburne) 264.
Corpora cavernosa mit Radiotherapie. Behandlung der plastischen Induration der (Bernasconi) 534.
*Cutis verticis gyrata (Vörner) 309.
Cylindrome im Gesicht und auf der behaarten Kopfhaut (de Beurmann, Verdun u. Bith) 124.
Cytorrhyctes vaccinae. Gelungene Reinkulturen des (Siegel) 472.
— Guarnieri 472.

*Darierschen Dermatose. Über Röntgenbehandlung der (Ritter) 165.
Dariersche Krankheit bei einer 30jähr. verheirateten Frau (Fox) 207.
Darmverschluß durch Würmer nach einem suprapubischen Steinschnitt. Ein Fall von (Mélikiantz) 262.
Dentition? Gibt es Krankheiten der (Feer) 132.
Dermatites polymorphes 328.
— — douloureuses 327, 328.
Dermatitis. Die durch das ostindische Satinholz (Chloroxylon Swietenia) erzeugte (Cash) 217.
— bei der Schwangerschaft (Herpes gestationis). Polymorphe (Balzer u. Belloir) 727.
— Beiträge zur Kenntnis der Primel- (Kanngießer) 219.
— Pyocyaneus 382.
— artefacta. Fall von (Little) 208.
— exfoliativa neonatorum 473.
— herpetiformis. Fall von (Morris) 708.
— — Dühring (Preobraschenski) 68, (Solowieff) 317.
— — 327.
— — hypertrophica et vegetans. Ein Fall von (Petrini de Galatz) 235.
— nodularis necrotica. Über (Klingmüller) 181.
— papillaris capillitii Kaposi (Gundoroff) 320.
— symmetrica dysmenorrhoica (Matzenauer u. Polland) 528.
Dermatitiden. Professionelle (Jourdanet) 76.
— Kritische Studie über das Erythema polymorphum und die polymorphen (Brocq) 327.
— des frühen Säuglingsalters. Über eigenartige Erythemtypen und (Leiner) 381.
Dermatoanämien (Leukischämien). Zirkumskripte (Vörner) 323.
Dermatologen. Vereinigung nordwestdeutscher 579.
Dermatological association. American 220.
Dermatologie des praktischen Arztes. Arsen in der (Saalfeld) 321.
— Aderlaß und Kochsalzinfusion in der (Simon) 334.
— Die feste Kohlensäure in der (Méneau) 335.
— „Innerliche Reinigung“ in der (G. C.) 385.
*— Zur Theorie der mikroskopischen und klinischen Beobachtung in der (Bäumer) 620.
Dermatologische Gesellschaft. Berliner 220.
— — Internationale 580, 692.
Dermatose. Erythemato-squamöse (Nicolas u. Moutot) 437.
— Über einen Fall von polymorpher, schmerzhafter, akuter (Popoff) 579.
Dermatosen durch intradermale Injektion von Tuberkulin und anderen Seris. Experimentelle Erregung gewisser (Thibierge u. Gastinel) 99.
— mit Berücksichtigung der Differentialdiagnose gegenüber Syphilis. Die Krankheiten der Mundhöhle und der oberen Luftwege bei (Trautmann) 126.

Digitized by Google

Dermatosen vom Typus der Pityriasis rosea Gibert. Ein kryptogamer Parasit bei den erythemato-squamösen (Du Bois) 328.
— Der konstante Strom bei bullösen (Peyri) 332.
— Der Kohlensäureschnee in der Behandlung der (Beix) 334.
— und des Herpes. Mikrobische Natur der Urtikaria, der pruriginösen (Cabral) 484.
„Dermatoses diathésiques" (Ekzem und Psoriasis). Über die Wirkung der Wässer von Vichy bei den (Nicolas) 385.
Dermatotherapie und einige damit behandelte Fälle. Die Anwendung der Röntgenstrahlen in der (Dohi) 210.
Dermitis. Ein neuer Fall von bazillärer atropho-hypertrophischer (Gougerot) 411.
„Dermo-Syphilopathie". Die neuesten und wichtigsten Fortschritte auf dem Gebiete der (d'Amato) 412.
Desinfektion. Alkohol und Seifenspiritus in der Hände- (Schumburg) 74.
— mittels einer neuen Jodlösung. Haut- (McDonald) 75.
Diabetes insipidus und Entwicklungshemmung nebst Bemerkungen zur Differentialdiagnostik des Diabetes insipidus (Strauss) 143.
Diabetiker. Ein Fall von Hämochromatosis bei einem (Little) 208.
Diagnose. Ein Fall zur (Friedländer) 439.
Diagnostizieren. Fall zum (Dandois) 261; (Dubois-Havenith) 232; (Little) 29, 208, 326, 445, 598; (MacLeod) 291, 445; (Meachen) 445; (Sequeira) 445, 708; (Williams) 598.
Diathermie. Die Behandlung des Lupus und der Schleimhauttuberkulose mittels (Nagelschmidt) 272.
Diphtherie. Gangrän des Beines im Anschluß an (Kramer) 659.
— Zur Kenntnis der Haut- (Reinhard) 659.
Diphtherieserum bei Erysipel usw. (Pollák) 686.
Divertikel der Urethra. Kongenitale (Haberern) 95.
Duhringscher Krankheit oder Erythema exsudativum multiforme perstans. Fall von (Lesser) 437.
Dyskeratosen. Beitrag zur Lehre von den kongenitalen (Bettmann) 177.

Ehegesetzgebung. Über ansteckende Geschlechtskrankheiten und (Möller) 625.
Ehrlich-Hatasches Präparat 127.
Einnieriger gegen Gifte. Experimentelle Studie über die Widerstandsfähigkeit (Wildbolz) 413.
Eisen-Arsen-Quellen von Levico-Vetriolo. Physikalisches und Pharmakologisches über (Kionka) 359.
Ekzem 385.
— Einige Bemerkungen über das (Brocq) 472.
— Kinder- 366.
— Papulovesikulöses 474.
— Günstiger Einfluß einer Höhenkur auf das Säuglings- (Marfan) 475.
— der Säuglinge. Günstiger Einfluß der Höhenluftbehandlung auf das (Marfan) 475.
— u. Höhenkur. Säuglings- (Taillens) 475.
— Seborrhoisches 474.
— der Erwachsenen. Universelles 367.
— Vulgäres 473.
— der Zwischenzehenspalten ist meistens parasitärer Natur. Das (Sabouraud) 474.
Ekzembehandlung in den Tropen. Die (Sutherland) 474.
Ekzema chronicum 211.
— marginatum Hebrae 474.
— — Von den Achselhöhlen ausgehendes 613.
Ekzeme. Über die Behandlung hartnäckiger, nässender (Wehner) 474.
Ekzems. Beitrag zur diätetischen Behandlung des Säuglings- (Wilenkin-Bronstein) 475.
— durch die Veränderung der Milch. Bemerkungen über die Behandlung des Kinder- (Variot) 475.
Elastischen Gewebes durch Tuberkulose. Beitrag zur Frage der Beeinflussung des (Oppenheim) 41.
Elefantiasis der Lippe. Fall von (Meachen) 208.
— des Skrotums (Lymphangitis). Fall von syphilitischer (Donagh) 326.
— Ein Fall von sporadischer (Winthrop) 687.
— non parasitica (Thompson) 415.
— Ödem d. Gesichts. (Symmetrische —.) (Pusey) 321.
— und Myxödem (Brehier) 688.
— und Paratuberkulose (Brault) 177.
— und Tuberkulose (Brachet) 688.
Elektrische Behandlungsmethoden bei Hautkrankheiten (Tousey) 70.
— Ströme hervorgerufenen Verbrennungen. Die durch (Lenormand) 219.
*Elektrolyse. Neue Anwendungsgebiete der (Kapp) 315.
Elektrolytische Instrumente zur Behand-

Digitized by Google

lung der Urethralstrikturen. Neue (Girolano) 238.
„Elektrolytischen Reinigung" bei der Behandlung chronischer Urethritiden. Wirkung und Bedeutung der (Roucayrol) 533.
Empyem. Pleura- 244.
Enantiothamnus Braulti 125.
Encephalitis haemorrhagica acuta nach intravenösen Salvarsaninjektionen. Oedema cerebri und (Tissier und Blondin) 567.
— — — nach intravenöser Salvarsaninjektion. Ein Fall von (Almkvist) 605.
— — im Anschluß an eine Salvarsaninjektion. Über einen Todesfall durch (Fischer) 605.
*„Endotheliom". Über die Unbrauchbarkeit der Arbeitshypothese (Fick) 488.
Endotheliome. Ein Beitrag zu unseren Kenntnissen über die Nävo-Xantho- (McDonagh) 650.
Entwicklungshemmung nebst Bemerkungen zur Differentialdiagnostik des Diabetes insipidus. Diabetes insipidus und (Strauss) 143.
Entzündung oberflächlicher Hautschichten. Die lokale Behandlung der (Török) 323.
Enuresis und Masturbation (Lopez) 624.
Eosinophile Zellen und Mastzellen in vesikulösen Hauteffloreszenzen. Über (Pueltz) 321.
Epidermolysis einhergehenden Erkrankungen. Die Sepsis bei einigen mit (de Marco) 35.
— Squamöse 355.
Epidermophytia erratica trichophytoides et ekzematoides. Neuer Beitrag zum Studium der (Vignolo-Lutati) 480.
Epidermophyton inguinale 475.
Epididymitis. Beitrag zum Studium der chirurgischen Behandlung der blennorrhoischen (Arrese) 678.
Epithelialtumoren. Die Bedeutung einiger urologischer Befunde für die Diagnose der malignen (Caforio) 740.
Epitheliom. Die Färbung des fibrillären Retikulums mit der Bielschowskyschen Methode zur Differentialdiagnose zwischen Sarkom und (Licini) 41.
— mit Kohlensäureschnee behandelt (Thomson) 261.
— von zweijährigem Bestande am Handrücken linkerseits 29.
— der Hände und Drüsen usw. (Parker) 741.
— Das Haut- (D'Amato) 599.
— welche auf alle Sinus des Gesichts übergegriffen hatte. Geperltes Haut- (Fallas) 741.
Epitheliom auf Lichen simplex chronicus (Gaucher u. Bricout) 727.
— bei Brustdrüsenkrebs. Flächenhaftes Lymph- (Fage u. Le Blaye) 379.
— auf der Basis von Lupus vulgaris. Fall von (Meachen) 28.
— auf der Basis von Lupus vulgaris bei einem 13jährigen Mädchen (Adamson) 29.
— der Ohrmuschel (Sonntag) 741.
— der Stirn. Rezidiv nach Röntgenbehandlung (Dubois-Havenith) 741.
— 9 Jahre nach der Behandlung mit Röntgenstrahlen ohne Rezidiv. Zungen- (Engman) 741.
— 649.
Epithelioma vegetans der Stirn. Großes (Dubois-Havenith) 741.
— dissecans des Gesichts (Dubois-Havenith) 741.
— exulcerans vegetans der Stirn mit korrespondierender Drüsenschwellung. Röntgenbehandlung (Dubois-Havenith) 741.
Epitheliome mit Radiumtherapie geheilt. Zystische benigne —. Ausgedehntes ulzeriertes Hautepitheliom (Ratera) 210.
— bei den Eingeborenen in Algier (Brault) 740.
— der Haut. Über generalisierte multiple (Weidenfeld) 528.
— der Haut, mit Mischgeschwulst der Parotis. Multiple (van Leauwen) 740.
— mittels Radium. Über die Behandlung der Haut- (Adouy) 741.
— 107.
Epithelioms, des Lupus usw. mit Thoriumpaste. Über die Behandlung des Bulkley) 385.
Ertaubung s. Salvarsan, Werlhofii.
Eruption im Gesicht. Die papulo-pustulöse miliare rezidivierende (Zaepffel) 656.
— circinée chronique de la main 84.
Erysipel. Über afrebil verlaufendes (Czyhlarz) 685.
— Die Nebennieren beim (Lesné, Gérard u. Françon) 686.
— Über Nephritis bei (Schelbert) 686.
— Diphtherieserum bei (Pollák) 686.
— bei Sepsis puerperalis. Ein Fall von doppelseitigem Lid- (Köck) 685.
— 269, 685.
Erysipelas außerhalb des puerperalen Zustandes. Über Peritonitis und (Chatonnet) 686.
— bei einem Neugeborenen. Über einen mit polyvalentem Antistreptokokkenserum behandelten Fall von (Dicristina) 686.

Digitized by Google

Erysipels. Zur Therapie des (Kraemer) 686.
— Zur Behandlung des (Althoff) 687.
— mit Jodtinktur. Über die Behandlung des (Benassi) 687.
— Behandlung des Gesichts- (Brelet) 687,
Erythem. Pellagra und pellagroides (Brault) 237.
— Zirzinnäres, zentrifugales (Coyon u. Gougerot) 236.
— Glutäal- 382.
— Klinische Untersuchungen über das Röntgen- (Rominger) 241.
Erythemausbruch bei einem Manne mit malignem Magentumor (Adler) 727.
Erythemtypen und Dermatitiden d. frühen Säuglingsalters. Über eigenartige (Leiner) 381.
Erythema elevatum et diutinum 116.
— exsudativum perstans. Fall von Duhringscher Krankheit oder (Lesser) 437.
— faciei perstans (Kaposi-Kreibich) tuberkulösen Ursprungs. Über einen Fall von (Meschtscherski u. Grintschar) 394.
— induratum (Bazin) (Isaac) 438.
— — 273.
— multiforme. Salvarsan ohne Wirkung bei (Glasgow) 678.
— mycoticum infantile 382.
— neonatorum toxicum 381.
— nodosum. Fall von (Lesser) 32.
— — bei Lues secundaria. Über (Janson) 142.
— paralyticum Neumann 293.
— pellagrosum und Erythema solare (Fiorani) 408.
— pernio 137, 387.
— polymorphum und die polymorphen Dermatitiden. Kritische Studie über das (Brocq) 327.
— solare. Erythema pellagrosum und (Fiorani) 408.
— vacciniforme 382.
— 328.
Erythématosclerose circinée du dos des mains 84.
Erythème atrophique 122.
— cutané en larges placards extensifs avec atrophodermie à types maculeux chez un tuberculeux 123.
— iris à forme chronique 84.
— polymorphe vésico-bulleux 327, 328.
Erythemen und Gelenkaffektionen. Über das Wesen der Beziehungen zwischen den (Garrod) 387.
Erythems. Wert der Serodiagnostik für die Diagnose des prämykotischen (Gaucher, Guggenheim u. Paris) 713.
Erythrodermia desquamativa 382.
Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées (Brocq) (Nielsen) 293.
Erythromelie (Ledermann) 289.
— Pick 293.
Erythroplasia glandis (Gueyrat) 235.
Esthiomene der weiblichen Genitalien (Heller) 726.
Eucerin als Salbengrundlage. Die praktische Verwendung von (Unna) 598.
Eukalyptusbonbons hervorgerufenes Exanthem. Ein durch (Oppenheim) 224.
Eukalyptusexanthem 225.
Eukalyptusöl 225.
Eukalyptuspflanzen 224.
Exanthematischen Erkrankungen. Ein Vortrag über einige Momente von klinischer Bedeutung in Bezug auf die (Phillips) 418.
Exantheme. Die Ohrenkomplikationen der akuten (Saunders) 419.
— Artefizielle (Shaw) 217.
— Über Salvarsan- (Watanabe u. Fujitani) 37.
Exoserose 81.
Exozytose 81.
Extragenitale Sklerosen. Zwei (Jelzina) 318.
— Ulcera venerea (Ramazotti) 35.
*— Zur Kenntnis des Ulcus molle —. Ein Fall von Ulcus molle am Fuße (Bruner) 277.
Exzision s. Syphilis.

Farina amygdalarum 461.
— fabarum 461.
Favus der Ratte (Bonnet) 481.
— Mäuse- 327.
Fazialislähmung s. Salvarsan.
Fermozyl 334.
Fett. Histologische Untersuchungen über das Haut- (Nicolau) 232.
Fettgewebsnekrose im Unterhautzellgewebe. Zur Frage der (Leyberg) 149.
Fibrolipome nach subkutanen Injektionen von Chininchlorhydrat und Eisenkakodylat (Balzer) 566.
Fibrolysin. Salvarsaninfiltrate und (Tietze) 408.
Fibrolysininjektionen. Purpura hämorrhagica nach (Friedmann) 417.
Fibrome der Zervix verursachten Urinbeschwerden. Die durch die (Legueu) 294.
Filiariose. Beiderseitige Orchitis durch (Mauchaire) 681.
Filtrieren eines alkalischen, trüben Urins. Rasches (Fournier) 681.
Flecktyphus. Zur Ätiologiefrage des (Lewin) 469.

Digitized by Google

Follikulitis decalvans bei einer jungen Dame von 19 Jahren (Little) 29.
— der Kopfhaut bei einer 55jähr. Frau. Ein ungewöhnlicher Fall von narbiger (Morris u. Dore) 598.
Folliklis (Ledermann) 290; (Lesser) 438; (Morosoff) 318.
— 273, 356.
Formol zum Stillstande gebracht. Progressiver Furunkel durch (Sereins) 658.
Formulae magistrales Germanicae (Lewin) 710.
Frambösia oder Bouba. Einige neue Publikationen über (Breda) 35, 733.
Framboesia tropica 363.
— — und vier Fällen von Pian Bois mit Salvarsan. Bericht über die Behandlung von 700 Fällen von (Flu) 734.
— — Salvarsan bei (Alston) 734.
Fulguration behandelte Fälle von Ulcus rodens. Zwei mit (Turner) 327.
Furunkel durch Formol zum Stillstand gebracht. Progressiver (Sereins) 658.
— Furunkulose und deren Behandlung (Riehl) 659.
— Zur Behandlung der Gehörgangs- (Imhofer) 659.
Furunkeln. Die frühzeitige Exzision von (Cropfer) 658.
Furunkels und der Furunkulose. Zur Klinik und Therapie des (Weidenfeld) 658.
— Rationelle Behandlung des (Skillern) 659.
— Behandlung des (Viry) 659.
Furunkulose der Salmoniden. Die (Plehn) 657.
— als Todesursache (Harris) 658.
— mit Bakterienvakzine bei Kindern. Die Behandlung der (McDonald) 658.
— Zur Klinik und Therapie des Furunkels und der (Weidenfeld) 658.
— und deren Behandlung. Furunkel, (Riehl) 659.

Gärungskrankheiten (Beriberi, Skorbut, Barlowsche Krankheit u. a.). Die (Kohlbrugge) 99.
Gangrän des Beines im Anschluß an Diphtherie (Kramer) 659.
— verursacht durch den Bienstokschen Bazillus. Über einen Fall von Gas- (Rocchi) 657.
— Multiple artefizielle Haut- (Thibierge) 219.
— durch 5prozent. Karbolsalbe. Finger- (Schussler u. Stern) 219.
— Karbol- (Brown) 219.
— s. auch Syphilis.
*Gefäßerweiterungen und abnormer Hautreaktion. Über Entstehung von (Luithlen) 485.
Gehör. Die Wirkung des Salvarsans auf das (Sellei) 572.
Geisteskrankheiten s. Salvarsan.
Gelenkkomplikationen der Gonorrhöe mit Antimeningokokkenserum. Die Behandlung der (Héresco u. Cealic) 679.
Gelenkrheumatismus. Psoriasis u. akuter (Gaucher, Salin u. Meaux-Saint-Marc) 728.
Geschlechtsapparat. Männlicher (Simmonds) 654.
Geschlechtsdrüsen und der letzteren untereinander. Über eine biologische Beziehung zwischen Prostata und (Goetzl) 144.
Geschlechtskrankheiten. Alkohol und (Crothers) 677.
— u. Ehegesetzgebung. Über ansteckende (Möller) 625.
— von seiten des Gesundheitsamtes. Die Kontrolle der (Morrow) 74.
— Prophylaxe der (Guthrie) 624.
— Nochmals Prof. Gruber und der Schutz gegen die (Blaschko) 625.
— Haut- und (Neisser u. Siebert) 75.
— Therapeutisches Taschenbuch f. Haut- und (Blaschko u. Jacobsohn) 38.
— Einige Wandlungen in der Diagnostik und Therapie der (Winternitz) 132.
— Die medikamentöse, chirurgische und physikalische Therapie der Haut- und (Piccardi) 184.
— Die Therapie der Haut- und (Ledermann) 240.
Geschlechtsleiden durch den praktischen Arzt. Die Behandlung der (Bloch) 484.
— Vernichtung der Wurzel der (Benedikt) 624.
Geschlechtsorgane. Moderne Methoden der Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Harn- und (Michel) 92.
Geschwülste mit radioaktiven Substanzen, speziell mit Aktinium. Über die Behandlung bösartiger (Czerny und Caan) 736.
— mit Mesothorium und Thorium X. Über die Behandlung bösartiger (Czerny u. Caan) 737; s. Gewächse, Tumoren.
*Geschwüre. Zur Ätiologie der phagedänischen Genital- (Türk) 549, 591.
Geschwüren. Kokain bei Schankern und torpiden (Lydston) 685.
Gewächsen mit Radium. Die Behandlung von malignen (Moullin) 737.
Glaskörpertrübungen 159.
Glukoselösung. Chlorfreie 727.

Digitized by Google

*Gonokokkämie und generalisiertem gonorrhoischem Exanthem. Ein Fall von (Hodara, Osman Bey, Izet Bey u. Chevkiet Bey) 397.
Gonokokkeninfektion (Gonoseptikämie). Ein Fall von allgemeiner (Cholzow) 97.
Gonokokken-Pyonephrosis. Klinisches und Pathologisch-Anatomisches über einen Fall von (Franco) 413.
Gonokokkenträger (Asch) 95.
*Gonokokkenvakzine Arthigon. Erfahrungen mit (Dorn) 301.
Gonorrhöe des Mannes. Ihre Pathologie und Therapie (Karo) 38.
— Zervix- 307.
*Gonorrhöekranken. Kutane Reaktion bei den (Sakaguchi u. Watabiki) 717; s. Blennorrhöe, Tripper.
*Gonorrhoischem Exanthem. Ein Fall von Gonokokkämie und generalisiertem (Hodara, Osman Bey, Izet Bey u. Chevkiet Bey) 397.
Granularkörperchen und die Antiformin-methode zur Bestimmung der Ätiologie der sog. Tuberkulide, mit spezieller Beziehung auf den Lupus erythematosus. Die Bedeutung von Muchs (Friedländer) 354.
Granuloma annulare. Ein Fall von (Chipman) 33.
*— — (R. Crocker). Beitrag zum Studium des sogenannten (Vignolo-Lutati) 77, 114.
— — bei einem 2½jährigen Knaben (Bunch) 207.
— — bei einem 4jähr. Mädchen (Mac Leod) 291.
— — Fall von rezidivierendem (Little) 326.
— fungoides Auspitz s. Mycosis fungoides Alibert (Kudisch u. Lurje) 183.
— inguinale. Fall von (?) (Shillitoe) 28.
— pernio 137.
— pyogenicum (Botryomycosis hominis der Franzosen) (Sutton) 710.
— telangiectodes europeum, eine Protozoenkrankheit. Das (Schridde) 731.
— ulcerosum pudendorum usw. Aufzeichnungen über eine Untersuchung des (Steel) 732.

Haarentfernungsmittel 296.
Haarfärbemittel. Chronische Vergiftung mit einem Paraphenylendiamin- (Damianos) 150.
— 296.
Haarkrankheit. Kleinfleckige 480.
Haarpflege. Über eine Emulsion aus Seife zur (Pohl) 325.
Haarproben von einem eingeborenen Indianermädchen (MacLeod) 29.
Hämangiom des Thorax. Gürtelförmiges Lymph- und (Gaucher u. Meaux-Saint-Marc) 566.
Hämochromatosis bei einem Diabetiker. Ein Fall von (Little) 208.
Hämophilie und der Purpura mit Injektionen von Pepton Witte. Behandlung der kongenitalen (Nobécourt und Tixier) 417.
Hämorrhagie an der Matrix und dem Nagelbett der Fingernägel. Fall von (MacLeod) 208.
Hämorrhagien. Salvarsan und postoperative (Mouchet u. Bricout) 600.
Händen. Akute Infektionen an den (Cramp) 264.
Hg- und As-Präparate. Einfluß der Technik der Injektionsmethoden auf Remanenz und Wirkungsweise der (Ullmann) 359.
Handphlegmone 333.
*Hansen, Armauer † (Lie) 525.
Harn und insbesondere der Harnsäureexkretion in einem Falle von orthostatischer Albuminurie. Untersuchungen der Wechselbeziehungen zwischen Blut und (Widal, Lemierre und Weill) 294.
Harn- und Geschlechtsorgane. Moderne Methoden der Diagnose und Therapie der Erkrankungen der (Michel) 92.
Harnapparates vermittels einer neuen Methode (Antigenreaktion im Urin). Schnelldiagnose der Tuberkulose des (Heitz) 295.
Harnkrankheiten. Verdauungsstörungen und (Wadswooth) 623.
Harnröhre beim Manne. Ein Fall von doppelter (Marion) 380.
— entfernt wurden. Ureterensteine, die in der Urethra prostatica eingekeilt waren und durch die (Gallois) 263.
— beim Manne. Die Bakterien der normalen (Wahl) 71; (Picker) 93.
— beim Manne. Schanker der (Whithney) 104.
— des Mannes. Zur Kenntnis des Ulcus molle in der (Glingar u. Biach) 655.
— Beiträge zur Urethroskopie der vorderen und insbesondere der hinteren (Wossidlo) 212.
Harnröhrenmassage. Über kontinuierliche Harnröhrenspülung und lokalisierte (Dreuw) 178.
Harnröhrenspülung und lokalisierte Harnröhrenmassage. Über kontinuierliche (Dreuw) 178.
Harnsäure im Blute und eine neue Methode ihrer qualitativen und quantita-

Digitized by Google

tiven Bestimmung. Über die Gegenwart der (Giordano) 413.
Harnsäureexkretion in einem Falle von orthostatischer Albuminurie. Untersuchungen der Wechselbeziehungen zwischen Blut und Harn und insbesondere der (Widal, Lemierre und Weill) 294.
Harnstoffs und der Chloride im getrennt aufgefangenen Urin. Die Gesetze des (Cathelin) 680.
Harnverhaltung. Therapie der (Gordon) 69.
— ohne mechanisches Hindernis. Versuche einer chirurgischen Behandlung der sogenannten (Rochet) 263.
Harnwege. Unklare Veränderungen der (Wolbarst) 69.
— Die Beeinflussung der infektiösen Prozesse der (Casper u. Citron) 72.
— Ein Fall von tuberkulöser Striktur der Urethra bei einem Kranken mit Tuberkulose der (Constantinesco) 238.
— mit Tuberkulin. Die Behandlung der Tuberkulose der (Dandoy) 534.
Haut. Chirurgische Behandlungsmethoden der (Frescoln) 623.
— Persönliche Erfahrungen mit reiner Reisdiät mit akuten entzündlichen Erkrankungen der (Bulkley) 336.
Hautatrophie. Fall von idiopathischer (McDonagh) 28.
— Diffuse idiopathische (Haslund) 293.
— Sklerodermie mit nachfolgender (Heller) 726.
Hautaffektionen und ihre Behandlung. Über parasitäre (Hahn) 149.
Hautausschlag. Nachtrag zu einem Falle von artefiziellem (Weber) 445.
Hautbezirke. Über gleichmäßige Röntgenbestrahlung größerer (Koppel) 298; (Lévy-Dorn) 298.
Hautdiphtherie. Zur Kenntnis der (Reinhard) 659.
Hautdrüsensystems. Untersuchungen an drei blutsverwandten Personen mit ektodermalen Hemmungsbildungen, besonders des (Wechselmann und Loewy) 101.
Hautepitheliom. Das (D'Amato) 599.
— welches auf alle Sinus des Gesichts übergegriffen hatte. Geperltes (Dubois-Havenith) 741.
Hautepitheliome mittels Radium. Über die Behandlung der (Adouy) 741.
Hauterkrankung. Fall von strichförmiger (Friedländer) 439.
Hauterkrankungen. Die Einwirkung des Alkohols auf gewisse (Bulkley) 336.
— von Arbeitern in Tischlereien u. Sägewerken 217.
Hauterkrankungen. Über akute Nephritis bei Kindern nach impetiginösen (Kaumheimer) 484.
*Hauterscheinung. Über eine sonderbare menstruelle (Rühl) 581.
Hautfett. Histologische Untersuchungen über das (Nicolau) 232.
Hautgangrän. Multiple artefizielle (Thibierge) 219.
Hautgeschwüre. Artefizielle (Goldbach) 31.
Hautkrankheiten. Die Zeiten der Blutkoagulation bei (Cohen) 264.
— die ihren Ursprung in einer Störung dieser Gefäße und in Blutveränderungen haben. Kapillarer und venöser Kreislauf und (McVey) 623.
— Der Circulus vitiosus bei (Hurry) 300.
— in China (Klein) 624.
— Zur Kenntnis der strichförmigen (Cronquist) 178.
— und Kosmetika (Pernet) 296.
— und Nervensystem (Lewandowsky) 75.
— Die Simulation der (Oyarzábal) 355.
— und Schleimhauterkrankungen. Die Beziehungen zwischen Zähnen und (Knowsley Sibley) 263.
— Über die Verwendbarkeit des $CaCl_2$ bei (Yoshimura) 38.
— Elektrische Behandlungsmethoden bei (Tousey) 70.
*— Die Hochfrequenz- und Hochspannungsströme bei der Behandlung einiger (Fontana) 517, 554.
— mit Kochsalzinfusion. Über die Behandlung einiger (Fujitani) 211.
— Die Technik der Kohlensäureschneebehandlung bei (Strauss) 335.
— Ein neuer Schutzverband bei der Lichtbehandlung der (Fürst) 297.
— Die plastische Massage in der Behandlung der (Jacquet) 336.
— Die Gefahren der Röntgentherapie der (Zinsser) 299.
*— mit normalem, menschlichem Serum. Über die Behandlung der juckenden (Linser) 365.
— Über die Wirkung des Salvarsans auf einige (Watanabe) 211.
— und Tripperkomplikationen. Über Vakzinetherapie einiger (Feuerstein) 333.
— und Geschlechtskrankheiten. Therapeutisches Taschenbuch für (Blaschko u. Jacobsohn) 38.
— — — Die Therapie der (Ledermann) 240.
— — — Die medikamentöse, chirurgische und physikalische Therapie der (Piccardi) 184.
— — — (Neisser u. Siebert) 75.

Digitized by Google

Hautmetastasen. Über karzinomatöse (Fasal) 748.
Hautmyom. Ein Fall von solitärem (Moberg) 293.
Hautparasit. Microsporon depauperatum, ein neuer (Guéguen) 43.
Hautpigmentierung. Beiträge zur Kenntnis der menschlichen (Tanaka) 40.
*Hautreaktion. Über Entstehung von Gefäßerweiterungen und abnormer (Luithlen) 485.
Hautsarkome. Beitrag zum Studium der multiplen (Philippon) 737.
Hautsarkoms repräsentieren. Multiple melanotische Sarkome der Haut, welche möglicherweise Metastasen eines 18 Monate zuvor operierten (Low) 327.
Hautschutz in der Röntgentherapie. Adrenalinanämisierung als (Reicher und Lenz) 299.
Hauttuberkulide und deren Bedeutung für die Diagnose der Tuberkulose. Über (Leyberg) 273.
Hauttuberkulose. Beitrag zur Histologie der (Kyrle) 182.
Hauttuberkulosen im Kindesalter. Über disseminierte (Leiner u. Spieler) 273.
Hautverpflanzung. Über Thierschsche (Schepelmann) 336.
Hautveränderungen bei Erkrankungen der Leber (Jessner) 184, 710.
Hefetherapie. Beiträge zur (Korczynski) 334.
Heftpflaster. Weitere Mitteilungen über das elastische (Bardach) 337.
Heilkunde und Sittlichkeit (Janney) 70.
Heliotherapie im Hochgebirge. Mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose (Bernhard) 467.
Helosoma tropicum 17.
Hemiatrophia facialis s. Sklerodermie.
Hemmungsbildungen, besonders des Hautdrüsensystems. Untersuchungen an drei blutsverwandten Personen mit ektodermalen (Wechselmann und Loewy) 101.
Herpes als Nebenwirkung des Salvarsans. Zoster und (Serrano u. Sainz de Aja) 37.
— Ein Fall von ausgedehntem (Williams) 265.
— Mikrobische Natur der Urtikaria, der pruriginösen Dermatosen und des (Cabral) 484.
— Eruption nach einer intravenösen Salvarsaninjektion (Nonell) 210.
— gestationis 727.
— tonsurans der Kopfhaut. Die Röntgenstrahlenbehandlung des (Bulkley) 480.
Herpes velo-palatinus. Syphilis, diphtherische Lähmung (Gastinel u. Pelissier) 186.
— Zoster in Verbindung mit Nierenveränderungen (Krotoszyner) 266.
— — akute Polyomyelitis und Zincum phosphoratum (Waugh) 266.
— — mit Viszeralneuralgie. Kasuistischer Beitrag zur Lehre vom (Stein) 266.
— — Spätserumexanthem, abklingend mit (Kanngießer) 389.
— — bilateralis der oberen Extremitäten. Ein Fall von (Klausner) 407.
— — s. Zoster.
Herzextrakte s. Wassermannschen Reaktion.
Hidrocystomatosis congenitalis 531.
Himbeerzunge der Kinder. Über die (Wladimiroff) 276.
Hochfrequenten Strömen. Blasenpapillom, behandelt mit (Gardner) 264.
Hochfrequenz. Ein Fall von Pruritus der Genitalien geheilt durch (Sierra) 355.
Hochfrequenzbehandlung bei malignen Tumoren. Über den Wert der Kombination von Röntgenstrahlen und (Werner und Caan) 736.
Hochfrequenzelektrode. Eine neue (Davidsohn) 299.
*Hochfrequenz- und Hochspannungsströme bei der Behandlung einiger Hautkrankheiten. Die (Fontana) 517, 554.
Höhenkur auf das Säuglingsekzem. Günstiger Einfluß einer (Marfan) 475.
Höhenluftbehandlung auf das Ekzem der Säuglinge. Günstiger Einfluß der (Marfan) 475.
— Säuglingsekzem und (Taillers) 475.
Hörnervenerkrankungen s. Salvarsan.
Hörstörungen s. Hektin (Syphilis I L.).
Hornzellen. Die osmotische Auslaugung des Inhaltes intakter (Unna und Merian) 323.
Hydroa aestivalis. Zur Ätiologie der (Perutz) 265.
Hydronephrose. Beitrag zum Studium der kongenitalen (Verhoogen und de Graeuwe) 94.
— geheilt durch Pyeoloneostomie. Traumatische (Wildbolz) 95.
— durch Stenose der Ureterenöffnungen usw. Kongenitale (Rendu) 602.
Hypaesthesia acustica 570.
Hyperideal und Salvarsan (Leiser) 611.
Hypertrichosis. Die Behandlung der (Geyser) 70.
— 40.
Hysterische Ulzeration der Schleimhaut. Sogenannte (Gougerot, Pietkiewicz und Detape) 411.

Digitized by Google

Jahresbericht. Dermatologischer (Unna und Tamms) 602.
Ichthyosis (Bruhns) 289.
— bullosa (Pernet) 33.
— follicularis bei einer 18jährigen Patientin (MacLeod) 28.
Idiosynkrasie. Ein Fall von merkurieller (Burnand) 358.
Idiotie. Beitrag zur Frage des ursächsächlichen Zusammenhanges der Syphilis mit der (Kröber) 214.
Ikterus nach intravenösen Injektionen von Salvarsan. Zwei Fälle von (Levy-Bing und Duroeux) 330.
— mit letalem Ausgang nach Salvarsan (Hofmann) 604.
Immunität nach Trichophytieinfektion (Bruhns) 290.
Impetiginösen Hauterkrankungen. Über akute Nephritis bei Kindern nach (Kaumheimer) 484.
Impetigo contagiosa. Zur Klinik und Ätiologie der (Dohi K und Dohi Sh) 531.
— herpetiformis 366.
Impffrage. Der gegenwärtige Stand der (Böing) 471.
Impffeldes. Über Versuche zur Desinfektion des (Hillenberg) 473.
Impfgegner arbeiten. Wie die (Siefart) 473.
Impfpusteln (Vaccina serpiginosa). Über einen eigentümlichen Verlauf von (Meder) 472.
Impfschutz. Pockenschutz und (Flinzer) 471.
Impfverletzungen des Auges. Zur Kenntnis der sekundären (Hilbert) 473.
Impfung im Königreiche Bayern im Jahre 1910. Bericht über die Ergebnisse der Schutzpocken- (Stumpf) 471.
— in den Philippinen (Olesen) 471.
— mit Bezug auf Lebensversicherung. Schutzpocken- (Jalland) 472.
Impotenz. Die präkokzygealen Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung bei der Spermatorrhöe und der sexuellen (Perez-Grande) 293.
Induration der Corpora cavernosa mit Radiotherapie. Behandlung der plastischen (Bernasconi) 534.
Infektionen an den Händen. Akute (Cramp) 264.
Infusion. Zur Technik der intravenösen (Arzt und Schramek) 537.
Insekten als Krankheitsüberträger. Beitrag zur Rolle der (Sergois) 276.
Jod in statu nascendi in den Geweben. Methode zu therapeutischer Anwendung von (Reyn) 383.
*Jodakne und makulöses Jodexanthem nach dreimaliger Anwendung von Jodtinktur und Bedecken der eingepinselten Stellen mit Wachstuch. Generalisierte (Hodara) 286.
Jodausscheidungen bei gesunden Menschen. Über (Herzfeld und Haupt) 383.
Jodexantheme 286.
Jodfieber. Zwei Fälle von (Konried) 384; Mitteilung zu diesem Aufsatze (Solmsen) 384.
Jodtinktur. Behandlung des weichen Schankers mit (Petges) 685.
— Über die Behandlung des Erysipels mit (Benassi) 687.
Jodi (Jododerma tuberosum). Ein Fall von Exanthema vegetans ex usu (Lanz) 394.
Jodival. Erfahrungen mit (Bayer) 384.
— in der dermatologischen Praxis. Meine Erfahrungen mit (Pohlmann) 384; s. Syphilis.
Jododerma papulo tuberosum 288.
— tuberosum 394.
— tuberosum fungosum (Pospelow) 648.
Jodostarin, ein neues organisches Jodpräparat (Bachem) 384.
*Jodozitin. Über (Chrzelitzer) 168; (Müller) 384.
„Joha", ein 40proz. Salvarsanöl. Über (Schindler) 364; s. Syphilis.
Irido-Chorioiditis. Gangränöse Varizellen, kompliziert durch (Bernstein) 264.
Iris. Pulvis radicis 461.
Iritis 159.
Juckreiz. Psoriasis tardiva mit starkem (Hallopeau und Dainville) 234.

Kaninchen nach Lepraimpfung. Die Seroreaktion nach Wassermann bei (Derra) 466; s. Syphilis.
Karbolgangrän (Brown) 219.
Karbolsalbe. Fingergangrän durch fünfprozentige (Schussler u. Stern) 219.
Karbolsäuresalbe in tropischen Gegenden. Die Gefahren der (Dalmahog-Allan) 359.
Karzinom beim Manne. Ein Fall von Mamma- (Sainz de Aja) 36.
— des Integuments der weiblichen Mamma und Brust. Diffuses — (Cancer en cuirasse) (Beatson) 748.
— Lepra und (Bjarnhjedinsson) 270.
— Ein Fall von Nävo- (Bertier und Weißenbach) 565.
— Nävo- (Arndt) 32.
— als Parasitenkrankheit. Das (Walker) 92.

Digitized by Google

Karzinom. Das Verhalten der Wassermannschen Reaktion zum (Foerster) 744; s. Krebs.
Karzinomatöse Hautmetastasen. Über (Fasal) 748.
Karzinomatöser Degeneration einer hypertrophischen Prostata. Ein Fall von (Liukumobitsch) 262.
Karzinome. Die auf ektopischen Blasen entwickelten (Lecène und Hovelacque) 679.
— Über die Bedeutung der Mäuse- (Henke) 745.
— der Mundhöhlen- und Zungenschleimhaut auf der Basis der Leukoplakie usw. Die (Genschmer) 746.
Karzinoms und einer Tuberkulose an derselben Niere. Gleichzeitige Entwicklung eines (Marion) 295.
— an Tieren. Die Lebensfähigkeit des Menschen- (Williams) 745.
Karzinose der Ureteren mit Anurie bei gleichzeitiger Nephritis. Metastatische (Schlagintweit) 95.
Karzinosis. Ein Fall von Abnormitäten der Fingernägel in Verbindung mit sekundärer (Fearnsides) 708.
Keloid. Akne- (Bormann) 443, 464.
Keloide 107.
Keratodermia symmetrica palmaris et plantaris (Brocq und Fage) 234.
Keratodermie bei einem jungen Manne. Blennorrhagische (Little u. Douglas) 207.
Keratose auf den Schienbeinen. Streifenförmige —; Pemphigus mit Affektion der Conjunctivae (Petersen) 293.
Kladiose nach Bloch. Eine neue Mykose: die (Gougerot) 235.
Kochsalzinfusion. Über die Behandlung einiger Hautkrankheiten mit (Fujitani) 211.
— in der Dermatologie. Aderlaß und (Simon) 334.
Kohlensäure in der Dermatologie. Die feste (Méneau) 335.
— Neuralgie nach Gebrauch fester (Ochs) 335.
Kohlensäurebäder. Zur physiologischen Wirkung der (Goldscheider) 336.
Kohlensäureschnee. Methoden der Gewinnung und der Anwendung derselben. Die therapeutische Wirkung von (Hall-Edwards) 335.
— für die allgemeine Praxis. Dünne Stifte von (Swindale) 335.
— in der Behandlung der Dermatosen. Der (Beix) 334.
— behandelt. Epitheliom mit (Thomson) 261.
Kohlensäureschnee. Behandlung des Naevus vasculosus mit (Friedländer) 205.
— Behandlung der systematisierten verrukösen Nävi (lineäre und herdförmige) mittels Bestrahlung und (Hudelo und v. Jong) 236.
— Anatomische und klinische Beiträge zur Behandlung der Angiome und Nävi mittels (Salomon) 335.
— Behandlung bei Hautkrankheiten. Die Technik der (Strauß) 335.
Kokain bei Schankern und torpiden Geschwüren (Lydston) 685.
Kollargol für die Diagnose der Erkrankungen der Urinwege. Pyeolographie und die Verwendung von (Bruce) 31.
— in das Nierenbecken mit gleichzeitiger Durchleuchtung. Injektion von (Nogier und Reynard) 681.
Komplementbindung bei Pellagrösen. Einige Versuche über die (Lui und Baccelli) 390.
— beim Rhinosklerom. Die Reaktion der (Sdrawomysslow) 688.
— bei Scharlach und Masern. Untersuchungen über (Kappel) 452.
Komplementbindungsreaktion bei der Variolois und der Variola vera. Über die (Kryloff) 470.
Komplementdeviation bei der Pellagra. Die Methode der (Vallardi) 390.
Kongreß in Rom. VII. Internationaler Dermatologen- 108, 338; Referat 561.
— XVII. internationaler medizinischer 516.
— für medizinische Elektrologie und Radiologie 612.
Kopaivabalsam 225.
Kopfes. Zur Diagnose und Therapie der Pilzkrankheiten des behaarten (Bogrow) 478.
Kopfhaut. Zylindrome im Gesicht und auf der behaarten (de Beurmann, Verdun und Bith) 124.
— bei einer 55jährigen Frau. Ein ungewöhnlicher Fall von narbiger Follikulitis der (Morris und Dore) 598.
*— Über Leucoderma psoriaticum der behaarten (Rille) 10.
— Akute Pityriasis der (Colcott Fox) 29.
Kopliksche Zeichen außerhalb der Masern. Das (Weill u. Gardère) 611.
Kosmetik. Das Licht in der (Kromayer) 297.
Kosmetika. Hautkrankheiten und (Pernet) 296.
Krätze begünstigt. Autoinokulation durch — Zwanzig syphilitische Sklerosen am Penis (Gaucher und Bricout) 234.

Digitized by Google

Krankheitsüberträger. Beitrag zur Rolle der Insekten als (Sergois) 276.
Krebs. Über (Bond) 742.
— Der Kampf gegen den (Navarro) 467; (Seaman) 743.
— Die statistische Häufigkeit als diagnostisches Moment bei (Gordon) 743.
— Das Radium und der bösartige (Wickham) 324.
— usw. Ein durch Röntgenbehandlung geheilter Plattenepithel- (Dohi) 211.
— vortäuschend. Mastitis gummosa, Brustdrüsen- (Pied) 233.
— Flächenhaftes Lymphepitheliom bei Brustdrüsen- (Fage u. le Blaye) 379.
— der weiblichen Brustdrüse. Ungewöhnliche Verteilung der Metastasen bei (Beatson) 748.
— (Adeno carcinoma). Radium: seine Heilwirkung bei Mäuse- (Lawrence) 298.
— an ihren internen Organen. Subkutan immunisierte Mäuse sind auch immun gegenüber der Inokulation von (Woglom) 745.
— am Halse. Ein Fall von Paraffin- (Miles) 748.
Krebsforschung. Fortschritte der (Walker) 742.
Krebshypothese. Zur Beurteilung der Schmidtschen (Wasielewski und Wülker) 744.
Krebsimmunität der Leprakranken. Die relative — Die Sekundärinfektionen. Kachexie (Soegaard) 269.
Krebsstatistik. Neue Ergebnisse der badischen (Werner) 743.
— Zur badischen (Weinberg) 743; (Werner) 743.
Krebszerfall auszuheilen durch medikamentöse Behandlung? Ist (Roerig) 748.
Krebs s. Karzinom.
Krebses. Die Rolle des Fettes bei der Ätiologie und dem Fortschreiten des (Beatson) 744.
— Zwei Vorlesungen über Unicellula cancri, den Parasiten des (Bertlin) 745.
Kreislauf und Hautkrankheiten, die ihren Ursprung in einer Störung dieser Gefäße und in Blutveränderungen haben. Kapillarer und venöser (McVey) 623.
Kuhpocken. Edward Jenners Untersuchung über die Ursachen und die Wirkungen der (Fossel) 126.
Kuorin. Über die Bedeutung der Präzipitationsreaktion von (Kuboyama und Baba) 211.
Kupferfinne. Ein Nävus mit dem Aussehen der (Gaucher, Gougerot und Thibaut) 234.
Labyrinthstörungen s. Salvarsan.
Larynxlupus. Fälle von (Safranek) 275.
Leber. Hautveränderungen bei Erkrankungen der (Jessner) 184, 710.
Leime nach Boeck. Behandlung des Lupus vulgaris der Haut und der Schleimhaut mit dem kaustischen (Balzer) 234.
Leishmania tropica 733.
Leishmaniakulturen beim Ulcus orientale. Der Heilwert einer Vakzine von (Row) 733.
Leishmaniosis ulcerosa cutis 20.
Lepra. Acht Fälle von (Engstadt) 467.
— anaesthetica (Friedmann) 318.
*— Ursprung der (Engelbreth) 700, 723.
— der Syphilis und der Tuberkulose. Das Alter der (Zambaco) 324.
—? Beginnende (Gaucher, Gougerot und Bricout) 728.
*— mit tuberkuloiden Gewebsveränderungen. Zwei Fälle von — Leprabazillennachweis in denselben mittels des Antiforminverfahrens (Merian) 637.
— in Brasilien. Die (Toffoli) 267.
— in Kolumbien. Die (Feindel) 267.
— in Kurland im Jahre 1910. Der Kampf mit der (Sadikoff) 267.
— im Jahre 1908. 18. Bericht der Gesundheitsbehörde von Neusüdwales über die (Thompson) 267.
— in den südamerikanischen Kolonien und ihre Gefahren für Italien. Die (Bertarelli) 267.
— Neue Anschauungen über Bakteriologie und Behandlung der (Williams) 270.
— zuerkennen? Kann man dem Antileprol eine spezifische Wirkung auf die (Engel Bey) 178.
— speziell mit Hilfe des Antileprols. Die Behandlung der (Engel Bey) 294.
— (Ol. gynocardiae Nastin). Zur Behandlung der (Krikliwy) 381.
Leprabehandlung mit Nastin. Die bisherigen Ergebnisse der (Deycke) 271.
Lepra mit Salvarsan. Zur Behandlung der (Troitzkaja) 71; (Brault) 235.
— und Salvarsan (Jeanselme) 235.
Leprafall. Ein mit Salvarsan behandelter (Pokrowski) 270.
Lepra. Salvarsan bei (F. A. de Verteuil und F. L. de Verteuil) 271.
Lepravakzine. Die Kultur des Leprabazillus und die Behandlung mittels (Rost) 466.
Lepra. Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse über die Bakteriologie und Ätiologie der (Jeanselme) 267.

Digitized by Google

Lepra. Bemerkungen zur Ätiologie der (Turner) 208.
— Eine Theorie über die Entstehungsweise der (Atcherley) 267.
— Die Erblichkeit der (Hansen) 466.
— Heredität der (Hansen) 180.
— und Karzinom (Bjarnhjedinsson) 270.
— Statistisches über (Lie) 182.
— Bemerkungen über die Übertragung der (Long) 210.
— Über die Übertragung der (Lindsay-Sandes) 210.
— Der Modus der Übertragung der (Sandes) 268.
— Beitrag zur Frage von der Übertragung der (Long) 268.
— Über die experimentelle Übertragung der (Stanziale) 268.
Leprabazillus. Bemerkungen über die Kultur und die Übertragbarkeit des (Babes) 269.
— Die Kultur des (Beauchamp Williams) 466.
— und die Behandlung mittels Lepravakzine. Die Kultur des (Rost) 466.
Leprabazillen im Zirkulationsblut der neugeborenen Kinder von Leprösen (Sugai und Mononobe) 211.
*Leprabazillennachweis in denselben mittels des Antiforminverfahrens. Zwei Fälle von Lepra mit tuberkuloiden Gewebsveränderungen (Merian) 637.
Lepragewebe. Tierversuche mit (Nakano) 532.
Lepraimpfung. Die Seroreaktion nach Wassermann bei Kaninchen nach (Derra) 466.
Leprakranken. Die relative Krebsimmunität der — Die Sekundärinfektionen. Kachexie (Soegaard) 269.
Lepraprophylaxe in Tonkin. Beitrag zum Studium der (Audran) 270.
Leprösen des Memeler Lepraheims. Die oberen Luftwege bei den (Cohn) 269.
— Die Wassermannsche Reaktion bei (Lewin) 270.
Leprosorien im Mittelalter. Über die belgischen (Dekeyser) 325.
*Leucoderma psoriaticum der behaarten Kopfhaut. Über (Rille) 10.
Leucosarcomatosis cutis. Über (Buschke u. Hirschfeld) 660.
Leukischämien 323.
Leukoplakie usw. Die Karzinome der Mundhöhlen- und Zungenschleimhaut auf der Basis der (Genschmer) 746.
Leukozytenformel. Einfluß des Salvarsans auf die (Yakimoff) 360.
*Lichen albus von Zumbusch. Über den sogenannten (Vignolo-Lutati) 661.
Lichen annularis 84.
— corné 438.
— hypertrophicus corneus verrucosus mit Salvarsan behandelt (Azúa) 36, 657.
— planus mit medikamentösen Bädern. Behandlung der Psoriasis und des (Balzer, Godlewski u. Condat) 411.
— — annularis. Fall von (Sequeira) 708.
— — atrophicus 121.
— — Wilson mit Salvarsan behandelt. Ein Fall von (Martin) 37.
— — bei einem Neger. Ein ungewöhnlicher Fall von (Kirby-Smith) 499.
— — atrophicus s. sclerosus. Ein Fall von (Msareulow) 652.
— ruber planus (Rosenthal) 438.
— sclerosus (Hallopeau) angenäherte Form der zirkumskripten Sklerodermie. Über eine dem (Fischer) 175.
— scrophulosorum 273.
— simplex chronicus. Epitheliom auf (Glaucher u. Bricout) 727.
— variegatus. Fall von Pityriasis lichenoides chronica oder (Fox) 326.
— — (Lewtschenko) 649.
— Vidal 211.
— Wilson. Lichenoides Tuberkulid vom Typus der (Bosselini) 379.
Licht in der Kosmetik. Das (Kromayer) 297.
— Über die antagonistische Wirkung photodynamischer Sensibilisatoren auf ultraviolettes (Perutz) 420.
— in der Medizin. Bogen- (Rockwell 297.
Lichtbehandlung der Hautkrankheiten. Ein neuer Schutzverband bei der (Fürst) 297.
Lichtschädigungen der Haut und Lichtschutzmittel (Mannich) 243; (Freund) 243 (bis).
Lichtschutzmittel. Lichtschädigungen der Haut und (Mannich) 243; (Freund 243 (bis).
Liquormengen s. Wassermannschen Reaktion.
Lithiasis prostatica (Tanton) 731.
Litholapaxien. 145 (Kreps) 93.
Luftheilung durch heiße — Lupus des Gesichts und des Thorax (Ravant) 236.
Luftwege bei den Leprösen des Memeler Lepraheims. Die oberen (Cohn) 269.
— Der chronische Schleimhautpemphigus der oberen (Thost) 483.
— bei Dermatosen mit Berücksichtigung der Differentialdiagnose gegenüber der Syphilis. Die Krankheiten der Mund-

Digitized by Google

höhle und der oberen (Trautmann) 126.
Lupus asphyxique 134.
Lupusausschusses des deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose. Verhandlungen der dritten Sitzung des (Nietner) 271.
Lupusbekämpfung in Dänemark. Über die Erfolge der (Forchhammer) 271.
Lupusbehandlung. Statistik der (Loeb) 274.
Lupus. Die Behandlung des Schleimhaut- (Wichmann) 272.
— und der Schleimhauttuberkulose mittels Diathermie. Die Behandlung des (Nagelschmidt) 272.
— des Gesichtes und des Thorax. Heilung durch heiße Luft (Ravaut) 236.
— miliaris, geheilt durch Neutuberkulin (Delbanco) 178.
— mit Röntgenstrahlen. Zur Behandlung des ((Leonard) 275.
— tuberculosus mit Röntgenstrahlen behandelt. Zwei Fälle von (Batera) 36.
Lupusbehandlung. Erfahrungen mit Radium und Mesothorium in der (Wichmann) 272.
— usw. mit Thoriumpaste. Über die Behandlung des Epithelioms, des (Bulkley) 385.
— Die Anwendung der Payrschen Operation bei Gesichts (Fabry) 530.
— engelure 134.
Lupus erythematodes (Grintscher) 68.
— — acutus disseminatus (Held) 440.
— — 134.
— erythematosus (Thomson) 232.
— — Über (Yamada) 38.
— — acutus 411.
— — squamosus 236.
— — vesicopustulosus 411.
— — Die Ätiologie des (Freshwater) 409, 650.
— — Makulöse Atrophie bei (Little) 29.
— — vortäuschend. Papulo-squamöse Syphilide, einen (Gaucher, Gougerot u. Croissant) 234.
— — mit Lokalisation auf der Kopfschwarte. Fall von (Colcott Fox) 291.
— — Die Bedeutung von Much's Granularkörperchen und die Antiformin-methode zur Bestimmung der Ätiologie der sogenannten Tuberkulide, mit spezieller Beziehung auf den (Friedländer) 354.
— — Koexistenz von papulo-nekrotischen Tuberkuliden und (Bernhardt) 529.
— — auf der linken Seite des Gesichts und Halses bei einer chronisch Dyspeptischen (Jourdanet u. Lebar) 566.
Lupus erythematosus des Gesichts. Lupus pernio der Handrücken und (Fokin) 648.
— — Über Röntgenbehandlung von (Moberg) 293.
— — geheilt mit Applikationen von Trichloressigsäure (Serrano) 209.
— — 108, 211.
— follicularis disseminatus. Über (Bruusgaard) 178.
Lupusimpfungen beim Meerschweinchen. Experimentelle Studien über (Stanziale) 145.
Lupuskommission im Jahre 1910 und Rechnungslegung. Bericht über die Tätigkeit der (Nietner) 271.
Lupus, Fälle von Larynx- (Safranek) 275.
— miliaris faciei (Ledermann) 290.
— — — (Arndt) 290.
*— pernio (Besnia-Tenneson). Chilblain-Lupus (Hutchinson) und (Grosz) 133, 467.
— — mit besonderer Berücksichtigung seiner Beziehung zur Tuberkulose. Über einen Fall von sogenanntem (Hilgers) 386.
— — der Hände und Vorderarme, Lupus erythematosus vesicopustulosus im Gesicht. Roseola non syphilitica am Stamme und Halse (Gaucher, Gougerot u. Salin) 411.
— — der Handrücken und Lupus erythematosus des Gesichts (Fokin) 648.
— — 236.
— tumidus 136.
— vulgaris (Lewtschenkow) 353.
— — disseminatus 273.
— — bei einer syphilitischen Patientin (Sequeira) 326.
— — Fall von Epitheliom auf der Basis von (Meachen) 28.
— — bei einem 13jährigen Mädchen. Epitheliom auf der Basis von (Adamson) 29.
— — der Haut und der Schleimhaut mit dem kaustischen Leime nach Boeck. Behandlung des (Balzer) 234.
— — mit Radium. Behandlung des (Rodriguez) 678.
— — nebst Beiträgen zur Therapie desselben durch Salvarsan. Weitere Mitteilungen zur Reaktion des (Herxheimer u. Altmann) 180.
— — 108.
Lymphadenia cutanea. Über einen Fall von (Peyri) 37.
Lymphadenom des Halses, ein Gumma vortäuschend. Ulzeriertes (Milian) 233.

Digitized by Google

Lymphadenom der Tonsille, das einen syphilitischen Schanker vortäuschte (Renault und Cain) 728.
Lymphangiektasie der rechten Leiste. Behandlung mit Röntgenstrahlen. Über einen Fall von primärer (Peyri) 36.
— Zur Kenntnis der idiopathischen genitalen (Türk) 444.
Lymphangiom. Angeborenes (Lesser) 31.
Lymph- und Hämangiom des Thorax. Gürtelförmiges (Gaucher u. Meaux Saint-Marc) 566.
Lymphangitis tuberculosa 274.
— hervorgerufen durch Rindertuberkelbazillen. Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis und tuberkulöser (Heuser) 274.
Lymphogranuloma papulosum disseminatum (Nobl) 182.
— pernio 137.
Lymphogranulomatosis cutis. Über (Bruusgaard) 293.
— — (Arndt) 727.
Lymphzirkulation der Haut. Versuche zur klinischen Beobachtung der (v. Dalmady) 40.

Männerkrankheiten. Weibliche Pflege bei (Offer) 132.
Mäusefavus 327.
Magnesium carbonicum 462.
Maisernährung s. Pellagra.
Masern. Über die Pocken und über die —, ar Razi (Razes, ca. 900 n. Chr.) (Opitz) 126.
— beim Affen (mit besonderer Berücksichtigung der Leukozyten). Experimentelle (Hektoen u. Eggers) 468.
— Die Zeitdauer der Infektion des Blutes bei (Anderson u. Goldberger) 468.
— Das Kopliksche Zeichen außerhalb der (Weill u. Gardère) 611.
— Untersuchungen über Komplementbindung bei Scharlach und (Kappel) 452.
— Meningitis im Gefolge von (Basker) 469.
— und Röteln: Charakteristika der gegenwärtigen Epidemie in Philadelphia (Ostheimer) 469.
— Rubeola oder (Hood) 469.
— und Tuberkulose (Gazeau) 468.
Masernvirus in den Sekreten der Rachen- und Nasenhöhle (Goldberger und Anderson) 468.
— Das (Goldberger und Anderson) 468.
Masern. Die Behandlung und Verhütung von (Milne) 469.
— und der Bronchopneumonie. Die Therapie der (Baginsky) 469.
— und Skarlatina ohne Isolierung. Behandlung und Prophylaxe der —. Die Methode von Milne (L'Hardy) 452.
Massage in der Behandlung der Hautkrankheiten. Die plastische (Jacquet) 336.
Mastdarms. Über die weichen Schanker des Anus und des (Laborie) 685.
Mastitis s. Syphilis.
Masturbation. Die (Rohleder) 126.
— Enuresis und (Lopez) 624.
Mastzellen aus Lymphozyten und Plasmazellen. Die Entstehung von (Dorney) 39.
— in vesikulösen Hauteffloreszenzen. Über eosinophile Zellen und (Pueltz) 321.
Maul- und Klauenseuche. Beiträge zur Ätiologie der (Betegh) 483.
— — — auf den Menschen. Ein Fall von wahrscheinlicher Übertragung von (Puschner) 483.
Medizinalbeamten für die Anwendung der serodiagnostischen Reaktion nach Wassermann auf Syphilis und des Ehrlich-Hataschen Präparates? Welche allgemeinen gesundheitspolizeilichen Gesichtspunkte ergeben sich dem (Arlart u. Katluhn) 127.
Medizinalkalender für das Jahr 1912. (Schlegtendal) 38.
Meerschweinchen s. Lupusimpfungen.
Meiostagminreaktion s. Tumorreaktionen. Syphilis I D.
Melanodermie mit rascher Ausbreitung und Exfoliation (de Azúa) 209.
Melanose. Die zirkumskripte präkanzeröse (Dubreuilh) 564, 729.
— und die melanotischen Tumoren usw. Die (Bonnet) 738.
Meningitis im Gefolge von Masern (Basker) 469.
Meningo-Enzephalitis nach zwei intravenösen Salvarsaninjektionen. Tödliche (Balzer u. Condat) 410.
*Menstruelle Hauterscheinung. Über eine sonderbare (Rühl) 581.
Meralgia paraesthetica bei einem Prätabiker (de Azúa) 210.
Merkurieller Idiosynkrasie. Ein Fall von (Burnand) 358.
Mesothorium in der Lupusbehandlung. Erfahrungen mit Radium und (Wichmann) 272.
— (Friedländer) 290.
— und Thorium X. Über die Behandlung bösartiger Geschwülste mit (Czerny u. Caan) 737.
Meyersche Reaktion 451.
Mikrosporie (Bogrow) 68.
— durch Mikrosporon Iris (Pasini) 356.
— in Wien. Zur Epidemiologie der (Stein) 480.

Digitized by Google

Mikrosporon anaemon s. dispar 328.
— depauperatum, ein neuer Hautparasit Guéguen 43.
— dispar 328.
— Iris. Mikrosporie durch (Pasini) 356.
— infizierten Kätzchen und eine Kultur vom Haar eines durch das Kätzchen infizierten Kindes. Hautschnitte von einem mit (Whitfield) 708.
„Milchcreme". Über „trockene" oder (Czillag) 356.
Miliaria sebacea Jacquet 531.
Milium colloidale. Zur Frage des (Schiperskaja) 70.
Milzbrand und Salvarsan (Schuster) 691.
— Über die Wirkung des Salvarsans auf den (Bettmann u. Laubenheimer) 691.
Milzbrandes. Zur Klinik und Therapie des äußeren (Wolff u. Wiewiszowski) 690.
— Zur Behandlung des (Becker) 690.
— Zur Behandlung des äußeren (Gräf) 690.
Molluscum contagiosum des Menschen (Kultur und andere Versuche). Über das (Campana) 35, 465.
Moral. Nacktheit und öffentliche (Shufeldt) 70.
Morphoea guttata. Fall von (Williams) 598.
Mukozitin 465.
Mund-Rachenhöhle und Salvarsan. Die nicht spezifischen ulzerösen Erkrankungen der (Gerber) 656.
Mundes. Die Krankheiten des (Mikulicz u. Kümmel) 240.
Mundhöhle und der oberen Luftwege bei Dermatosen mit Berücksichtigung der Differentialdiagnose gegenüber der Syphilis. Die Krankheiten der (Trautmann) 126.
— Kasuistische und histologische Beiträge zur Kenntnis der Tuberkulose der (Miyahara) 325, 527.
— Über die lokale Salvarsanbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Spirochätenerkrankungen im Bereiche der (Zilz) 627.
Mycosis fungoides Alibert. Granuloma fungoides Ausspitz s. (Kudisch und Lurje) 183.
— — Sarkom oder (Thomson) 232.
— — mit den neuen Arsenpräparaten. Behandlung der (Brault) 235.
— — Untersuchung eines Falles von (Urtel) 713.
— — Beitrag zum Studium der (Radaeli) 715.
— — 125, 261.
— des Fußes. Über einen interessanten Fall von (Radaeli) 466.
Mykose; die Kladiose nach Bloch. Eine neue (Gougerot) 235.
Myokarditis 543.
Myom. Ein Fall von solitärem Haut- (Moberg) 293.
Myositis fibrosa. Sklerodermie im Verein mit (Langmead) 208.
Myxödem. Elefantiasis und (Brehier) 688.

Nabelschnurveränderungen s. Syphilis II.
Nägel. Fall von trophoneurotischer (?) Ablösung der (Weber) 29.
— Alopecia universalis mit gleichzeitiger Dystrophie der (Sequeira) 598.
— in Verbindung mit sekundärer Karzinosis. Ein Fall von Abnormitäten der Finger- (Fearnsides) 708.
— Kongenitaler Mangel der Finger- (Bergé u. Weissenbach) 730.
— Fall von Hämorrhagie an der Matrix und dem Nagelbett der Finger- (Mac Leod) 208.
Nävi (lineäre und herdförmige) mittels Bestrahlung und Kohlensäureschnee. Behandlung der systematisierten verrukösen (Hudelo und v. Jong) 236.
— mittels Kohlensäureschnee. Anatomische und klinische Beiträge zur Behandlung der Angiome und (Salomon) 335.
Naevi miliares telangiectodes (Balzer, Barcat u. Godlewski) 411.
— — — des Gesichts. Symmetrische (Balzer, Barcat u. Condat) 566.
— 108.
Nävokarzinom (Arndt) 32.
— Ein Fall von (Bertier u. Weissenbach) 565.
Nävo-Xantho-Endotheliome. Ein Beitrag zu unseren Kenntnissen über die (Mc Donagh) 650.
Nävus. Fall von (Morris u. Dore) 326.
— Ein eigentümlicher (Williams) 327.
— mit dem Aussehen der Kupferfinne. Ein (Gaucher, Gougerot u. Thibaut) 234.
— mit Beteiligung vorwiegend der linken Körperhälfte und der rechten Seite des Halses bei einem 14jähr. Mädchen. Ausgedehnter (Sequeira) 445.
*Naevus linearis systematicus. Zur Kasuistik des (Kantor) 245.
— — der Palmarseite der Hand bei einem 5jährigen Mädchen. Kleiner (Dore) 598.
— pilaris, dessen Haare in „Köcherform" stehen (Castel) 409.
— Systematisierter flacher Gefäß- (Noel) 125.

Digitized by Google

Naevus vasculosus mit Kohlensäureschnee. Behandlung des (Friedländer) 205.
Nagelerkrankungen mit X-Strahlen. Zur Behandlung der (Tschernogubow) 652.
Narbengewebe. Die Behandlung von (Knowsley Sibley) 467.
Nastin. Die bisherigen Ergebnisse der Leprabehandlung mit (Deycke) 271.
— 381.
Natrium biboracicum 462.
— cacodylicum bei vier Fällen von Pellagra (Elrod) 393.
Nebenniere. Bemerkung zu einer großen Zyste der (Bourcy u. Legueu) 380.
Nebennieren beim Erysipel. Die (Lesnè, Gèrard u. Françon) 686.
Neoplasie circinée et nodulaire 84.
Nephrektomie mit nachfolgender Entleerung des Urins der gesunden Niere durch den Ureterenstumpf der Operationswunde (Haberern) 97.
Nephritiden. Die chronischen, schmerzhaften (Marsan) 296.
Nephritis. Metastatische Karzinose der Ureteren mit Anurie bei gleichzeitiger (Schlagintweit) 95.
— Die chirurgische Behandlung d. akuten (Worms u. Hamant) 238.
— bei Kindern nach impetiginösen Hauterkrankungen. Über akute (Kaumheimer) 484.
— nach intravenöser Injektion von Salvarsan. Akute (Tucker) 579.
— bei Erysipel. Über (Schelbert) 686.
— u. Pyelonephritis auf blennorrhoischer Grundlage. Albuminurie (Motz) 730; s. Syphilis.
Nephrolithotomie 94.
Nephrolithiasis. Beiträge zur Diagnostik u. Symptomatologie der (Reydel) 92.
— Die Röntgendiagnose der (Hartung) 93.
Nephrotomie usw. (Rusnetzky) 94.
— bei infizierter Steinniere mit großen Steinen. Einfache (Rochet) 263.
Nephrotomien. Nachblutungen nach (Pleschner) 94.
Nervenendigungen in der Vogelhaut. Knäuelartige (Botezat) 39.
Nervenerkrankungen s. Syphilis.
Nervenkrankheiten s. Salvarsan.
Nervensystem. Hautkrankheiten und (Lewandowsky) 75.
Nervus acusticus. Salvarsan und der (David) 571.
— — s. Hektins (Syphilis I L).
Neubildungen am Gesicht bei einer 72-jährigen Frau, von denen die eine pigmentiert, die andere pigmentfrei war. Zwei selbständige primäre (Fox) 207.
Neuralgie. Kasuistischer Beitrag zur Lehre vom Herpes Zoster mit Viszeral- (Stein) 266.
— nach Gebrauch fester Kohlensäure (Ochs) 335.
Neuritis multiplex cutanea. Über (Schlesinger) 75.
— optica 543, 576, 577; s. Salvarsan.
Neurodermitis alba 675.
Neurologie für Ärzte. Praktische (Lewandowsky) 709.
Neuroretinitis 577.
Neurorezidive s. Salvarsan.
Neurotoxischen Wirkung des Salvarsans. Experimentelle Untersuchungen zur Frage nach der (Beck) 605.
Neurotropie s. Salvarsan.
Neurotropismus s. Salvarsan.
Neutuberkulin. Lupus miliaris, geheilt durch (Delbanco) 178.
Niere. Gleichzeitige Entwicklung eines Karzinoms und einer Tuberkulose an derselben (Marion) 295.
— und ihre Anomalien. Die (Klopper) 467.
— Beitrag zur Symptomatologie, Diagnose und Behandlung der Hufeisen- (Rovsing) 94.
— Betrachtungen über die Pathologie und Chirurgie der Hufeisen- (Botez) 3[illegible], 601, 680.
Nieren. Radiographie von mit Gas oder Luft aufgefüllten (Cole) 70.
Nierenbecken, das eine gesund, das andere infiziert. Doppeltes (Starck) 93.
— und der Ureteren. Ein Fall von beiderseitiger Verdoppelung der (Seelig) 96.
— mit gleichzeitiger Durchleuchtung. Injektion von Kollargol in das (Nogier u. Reynard) 681.
Nierenbeckens. Über den Wert der Pyelographie zur Diagnose des erweiterten (Blum) 624.
Nieren-Blasentuberkulose. Die Ausschließung der Blase bei der (Boeckel) 681.
Nierendiagnose. Funktionelle (Schmidt u. Kretschmer) 70.
— Kolloidale Silberinjektionen bei der (Price) 264.
Nierendiagnostik. Über die Chromoureteroskopie in der funktionellen (Thomas) 72.
— Über die Unzulänglichkeit der Chromozystoskopie für die funktionelle (Roth) 93.
Nierenfunktion. Experimentelle Beiträge zur Prüfung der (Wohlgemuth) 96.
Niereninfektionen (Jamieson) 467.
Nierenkolik (Lewings) 263.
Nierenkranken ausgeschieden? Welche

Digitized by Google

Mengen von Stickstoff und Kochsalz werden durch die Haut von (Loofs) 101.
Nierenleiden. Über den Einfluß der intravenösen Salvarsaninjektionen auf (Takahashi u. Miyabe) 211.
Nierenoperationen. Über den Wert des urologischen Koeffizienten bei (Bonzani) 143.
Nierenschüsse. Zur Geschichte der (Küster) 72.
Nierensekretion. Betrachtungen über die (Heresco) 95.
Nierenspülungen bei Pyelitis (Walsh) 92.
Nierensteine. Beiträge zur Chirurgie der (Müller) 93.
Nierentuberkulose mit rechtsseitiger Parametritis kompliziert; eigenartige nicht tuberkulöse Veränderungen am linken Ureter. Rechtsseitige (Voigt) 95.
— Die Bloßlegung beider Nieren wegen (Illyes) 212.
— und ihre Behandlung. Frühdiagnose der (Lewis) 264.
— beim Kinde. Die (Vignard u. Thévenot) 601.
Nierentumoren. Über polyzystische (Steiner) 413.
Nierenveränderungen. Herpes Zoster in Verbindung mit (Krotoszyner) 266.
Noduli cutanei, eine bisher wenig beachtete Hautaffektion (Arning und Lewandowsky) 176.
Noma, und wie soll diese Affektion behandelt werden? Welches ist die reelle Gefährlichkeit der (Kissel) 689.
— nebst Bericht über einen Fall, der mit Salvarsan behandelt wurde. Bemerkungen über (Nicoll) 689.
— bei einem Erwachsenen (King) 690.

Ödem im Lichte der Kolloidchemie nach Mart. H. Fischer. Das (Marchand) 394.
— Über nephritisches (Schmid und Schlayer) 394.
— bei mehreren Familienmitgliedern. Über das Vorkommen von allgemeinem, subkutanem, nicht renalem (Edgeworth) 394.
— Nervöse und abdominelle Störungen bei Purpura. Ihre gemeinsame Ursache (Bousrez) 415.
— bei einem Säugling. Ein Fall von infektiösem (Maillet u. Gueit) 657.
— Weißes 728.
— des Gesichts (symmetrische Elefantiasis) (Pusey) 321.
Oedema durum traumaticum oder Morbus Sécrétan. Über einen Fall von (Pellegrini) 395.
Oedema cerebri u. Encephalitis haemorrhagica acuta nach intravenösen Salvarsaninjektionen usw. (Tissier u. Blondin) 567.
Ödeme. Pathogenese der dyskrasischen (Debove) 395.
— bei älteren Kindern. Über Salz- (Hamburger) 395.
Ödems, insbesondere des paroxysmalen angioneurotischen Lungenödems. Zur Kasuistik d. angioneurotischen (Jeanneret) 414.
Ohrerkrankungen im Verlauf der Behandlung der Syphilis mit organischen Arsenpräparaten (Gaucher u. Guggenheim) 572.
Ohr. Salvarsan, dessen Wirkung auf Auge und (Houver) 573.
Ohrmuschel. Epitheliom der (Sonntag) 741.
Oidiomycosis gummosa ulcerosa disseminata, eine neue, durch einen neuen Parasiten, das Oidium cutaneum, hervorgerufene Mykose (de Beurmann, Gougerot u. Vaucher) 480.
Oidium cutaneum 480.
Okulomotoriuslähmung s. Salvarsan.
Oleum gynocardiae 381.
Onanie. Über die psychische (Porosz) 96.
Onycholysis (Heller) 726.
Onychomadisis (Heller) 726.
Orchitis durch Filiariose. Beiderseitige (Mauchairre) 681.
*Orientbeule. Zwei Fälle von (Hodara u. Fuad Bey) 16.
— (Pendinsches Geschwür). Versuche der Salvarsananwendung bei der (Iwanow u. Welikanow) 716.
— aus Rio de Janeiro mit ungewöhnlicher Beteiligung des Lymphgefäßsystems. Über (Werner) 733.
Osteoperiostitis sporotrichotica 479.
Oxalurie. Phosphaturie und (Teissier) 262.
— und Phosphaturie (Richter) 262.
Oxydase 5 ff.

Pagetsche Krankheit mit Radiotherapie geheilt (Ratera) 210.
— — beim Manne (Gaucher u. Bricout) 727.
Pagetscher Krankheit am Nabel. Ein durch Behandlung mit Radium geheilter Fall von (Milligan) 292.
Paraffinprothese und Radiographie (Lagarde) 396.
Paraffinkrebs s. Krebs.
§ 184, 3 (Flesch) 624, 625.
„Parakératoses psoriasiformes" von Brocq. Die (Fernet) 476.

Digitized by Google

Parakeratosis psoriasiformis disseminata 328.
Paralyse. Progressive s. Syphilis I J.
Paraphimose. Ein Fall von (Hamrat-Kurek) 381.
Parapsoriasis. Papulo-squamöse Syphilide und ihre Beziehung zu Psoriasis und (Ravogli) 321.
— (Terebinsky) 442, 464.
Parasitäre Hautaffektionen und ihre Behandlung. Über (Hahn) 149.
Paratuberkulose. Elefantiasis u. (Brault) 177.
Paraurethrale Drüseninfektion (Owre) 677.
Paraurethralen Zunge an der Raphe penis. Zur Kasuistik der blennorrhoischen Entzündung der (Tschernogubow) 653.
Pathologisch-anatomischen Instituts der Universität Santiago de Chile in den Jahren 1908 und 1909. Bericht über die Tätigkeit des (Westenhoeffer) 337.
Pellagra. Studien über die (Babes) 465.
— Persönliche Erfahrungen mit einigen Fällen von (Anderson) 392.
— und pellagroides Erythem (Brault) 237.
— Über einige Fermentwirkungen bei der (Preti u. Pollini) 390.
— im Kindesalter. Ein Fall von (Fritz) 391.
— Ein Fall von (Hartzell) 392; (Fraser) 392.
— in Illinois. Ein Fall von (Waugh) 392.
— dem ersten aus Michigan. Klinischer Bericht über einen Fall von (Colver) 392.
— im staatlichen Hospital von Peoria, Illinois (Siller u. Nichols) 392.
— Die Ätiologie der (Beall) 390.
— im Lichte der älteren und neueren Anschauungen. Die Ätiologie (Ruehl) 143.
— und ihre Anwendung auf die Krankheit in Georgia. Sambons neue Theorie der (Roberts) 390.
— Einfluß der Maisernährung und des Sonnenlichtes auf Mäuse in Zusammenhang mit der photodynamischen Theorie der (Rondoni) 389.
— Diät bei (Niles) 393.
— und Nahrung (Zeller) 393.
— Die Methode der Komplementdeviation bei der (Vallardi) 390.
— Einige Bemerkungen zur Behandlung der (Niles) 393.
— Spezifische Behandlung der (Martin) 624.
Pellagra. Arsazetin in der Therapie der (Sormani) 393.
— Natrium cacodylicum bei vier Fällen von (Elrod) 393.
— mit Salvarsan. Behandlung der (King u. Crowell) 393.
— Das Salvarsan bei der (Gil u. Casares) 393.
Pellagröse Symptome, beim Huhn experimentell erzeugt durch Verfütterung von Mais, der durch ein spezifisches Bakterium verdorben war (Bass) 389.
Pellagrösen. Einige Versuche über die Komplementbindung bei (Lui und Baccelli) 390.
— Untersuchungen über das Blutserum bei (Rondoni) 390.
— Urinuntersuchungen bei (Mai und Gatti) 391.
Pellagrosum und Erythema solare. Erythema (Fiorani) 408.
Pemphigus. Über (Joseph) 181.
— acutus infectiosus. Experimentelle Studie über (Landsteiner, Levaditi u. Prašek) 482.
— — — Beitrag z. Ätiologie des (Landsteiner, Levaditi u. Prašek) 482.
— Bakteriologische Untersuchungen beim chronischen (Pasini) 355.
— Salvarsan in der Behandlung des chronischen (Sutton) 483.
— foliaceus. Zwei Fälle von (Lesser) 32.
— — nebst Bemerkungen über die äußere Anwendung von Rhabarber gegen die Blasenbildung. Ein Fall von (Ito) 211.
— mit Affektion der Konjunktiva. Streifenförmige Keratose auf den Schienbeinen (Petersen) 293.
— der Konjunktiva (Chandler) 677.
— der oberen Luftwege. Der chronische Schleimhaut- (Thost) 483.
— neonatorum. Zur Kenntnis der Kontagiosität des (Müller) 481.
— pruriginosus (Pospelow) 353.
— Ätiologische Untersuchungen über den tropischen (Bertarelli u. Parambos) 34.
— vegetans (Neumann). Beitrag zum Studium des (Botelli) 146.
— — Ein Fall von (Pernet) 183.
— — und ein Fall mit Salvarsan geheilt. (Jochelsohn) 659.
— vulgaris und Psoriasis vulgaris (Muchin) 68.
Pendinsches Geschwür 716.
Peptonreaktion 273.
Perikarditis bei Morbus Brighti. Die —. Ihre Beziehungen zur Azotämie (Widal u. Weill) 380.
Peritheliom d. Prostata (Shoemaker) 70.
Peritonitis s. Erysipelas.

Digitized by Google

Peroxydase 5 ff.
Perversität. Erogene Zonen bei sexueller (Kierman) 624.
Pfeilgift nebst Versuchen mit einem aus der Haut von Rana esculenta gewonnenen Gift. Über ein indianisches (Caspari u. Loewi) 149.
*Phagedänischen Genitalgeschwüre. Zur Ätiologie der (Türk) 549, 591.
Phlegmonen. Pathogenese der Hand- (Sanière) 657.
Phosphaturie und Oxalurie (Teissier) 262.
— Oxalurie und (Richter) 262.
Pian Bois mit Salvarsan. Bericht über die Behandlung von 700 Fällen von Framboesia tropica und 4 Fällen von (Flu) 734.
„Piedra" leidenden Kranken. Pilzkulturen von den Haaren eines an (Mac Lesa) 326.
Pigmentbildung. Studien über (Winkler) 39.
— am Gesicht. Ein Fall von eigentümlicher (Davis) 598.
Pigmentzellen. Zur Bedeutung der (Heller) 40.
Pigmentierung. Beiträge zur Kenntnis der menschlichen Haut- (Tanaka) 40.
Pilzerkrankung. Über eine neue (Brault u. Masselot) 125.
*Pilzerkrankungen. Einige interessante Lokalisationen von (Brault) 613. Bemerkung zu dieser Arbeit von Rille 636.
Pilzkrankheiten des behaarten Kopfes. Zur Diagnose und Therapie der (Bogrow) 478.
Pilzkulturen von den Haaren eines an „Piedra" leidenden Kranken (Mac Lesa) 326.
Pinto. Mal del (Watanabe) 211.
Pityriasis der Kopfhaut. Akute (Colcott Fox) 29.
— circinnata et marginata 328.
— lichenoides chronica oder Lichen variegatus. Fall von (Fox) 326.
— rosea Gibert. Ein kryptogamer Parasit bei den erythematosquamösen Dermatosen vom Typus der (Du Bois) 328.
— rubra Hebrae. Ein Fall von (Kuboyama) 38.
— — Hebrasche (Lipman-Wulf) 726.
— — pilaris (Friedländer) 439.
Pleura-Empyem 244.
Pneumonie. Chronische (nebst einer Besprechung von zwei Fällen von Lungensyphilis) (Milne) 151.
Pocken und die Masern. Über die —, ar Razi (Razes, ca. 900 n. Chr.) (Opitz) 126.
Pocken. Die weißen (Gaullier-L'Hardy) 471.
Pockenschutz und Impfschutz (Flinser) 471.
— 337.
Poliklinik in Berlin. Ein Tag in Dr. Max Josephs (Gradwohl) 70.
Poliomyelitis posterior. Der paralytische Zoster der Hirnnerven und die Theorie der akuten (Claude u. Schaeffer) 266.
— und Zincum phosphoratum. Herpes Zoster, akute (Waugh) 266; s. Syphilis.
Pollutionen. Styptol bei (Piersig) 96.
Polyneuritis 568.
Pottsche Krankheit 329.
Primäraffekt s. Syphilis.
Primeldermatitis. Beiträge zur Kenntnis der (Kanngießer) 219.
Prophylaxe in den Mittelschulen. Die antivenerische (Poullain) 74.
— der Geschlechtskrankheiten (Guthrie) 624.
— s. Syphilis.
Prostata. Gedanken über die (Pedersen) 533.
— beim Rotfuchs. Bau und Funktion der (Rohrer) 767.
— und Geschlechtsdrüsen und der letzteren untereinander. Über eine biologische Beziehung zwischen (Goetzl) 144.
— Ein Fall von karzinomatöser Degeneration einer hypertrophischen (Liukumobitsch) 262.
— Peritheliom der (Shoemaker) 70.
Prostatahypertrophie. Betrachtungen über den Ursprung der sogenannten (Marion) 95.
— Die Dauerresultate der Prostatektomie wegen (Proust) 262.
— 337.
Prostatakörner. Zur Kenntnis der Natur der (Fürbringer) 71.
Prostatakonkretionen. Prostatalipoide und (Posner) 95.
Prostatalipoide und Prostatakonkretionen (Posner) 95.
Prostatasekret. Bemerkungen über das (Posner) 71, 73.
— bei einem normalen Fall und bei einer Prostatitis? Gibt es einen bestimmten Unterschied zwischen dem (Bjöerling) 529.
Prostatavergrößerung. Der steife Seidenkatheter zum Gebrauch bei (Heyse) 72.
Prostatektomie. Perineale oder suprapubische (Kolischer u. Kraus) 69.
— Über die Regeneration der Pars pro-

Digitized by Google

statica urethrae im Verhältnis zu dem experimentellen Studium der Folgen der (Wischnewsky) 93.
Prostatektomie in zwei und drei Zeiten nach eigenen Beobachtungen. Über die Technik und die Resultate der suprapubischen (Colzow) 212.
— Zwei neue Instrumente für die transvesikale (Compan) 238.
— wegen Prostatahypertrophie. Die Dauerresultate der (Proust) 262.
— Die unmittelbaren Resultate der (Zuckerkandl) 262.
— Die Resultate der (Hampton Young) 262.
— Dauerresultate der (Gonzales) 262.
Prostatektomien. Resultate von 207 (Pauchet) 262.
Prostatikern. Spontanblutungen bei (Motz) 533.
Prostatitiden. Die chronischen blennorrhoischen —. Ihre Behandlung speziell mit Röntgenstrahlen (Tansard und Fleig) 532.
*Prostatismus. Über Organotherapie des (Karo) 139.
Prostatitis blennorrhoica. Die zytotoxische Behandlung der (Sellei) 321.
—? Gibt es einen bestimmten Unterschied zwischen dem Prostatasekret bei einem normalen Falle und bei einer (Bjoerling) 529.
Prostitution in Berlin. Über die Reglementierung der (Jelzina) 320.
Prurigo. Akute (de Azúa) 36.
— Hebra zur Tuberkulose. Das Verhältnis der (Boas) 293.
— bei einem 15 Monate alten Mädchen. Hebrasche (Fox) 708.
— 366.
Pruritus. Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von generalisiertem (Batera) 37.
— der Genitalien, geheilt durch Hochfrequenz. Ein Fall von (Sierra) 355.
— sine materia 519.
— 367.
Psoriasisformen. Über atypische (Volk) 477.
Psoriasis und akuter Gelenkrheumatismus (Gaucher, Salin u. Meaux-Saint-Marc) 728.
— Die Indikationen bei (Curtis) 476.
— und Parapsoriasis. Papulo-squamöse Syphilide und ihre Beziehung zu (Ravogli) 321.
— Syphilis und (Balzer u. Condat) 566.
— bei Privatpatienten unter vegetabilischer Diät. 140 Fälle von (Bulkley) 476.
— und die Bekämpfung ihres Krankheitserregers. Untersuchungen über die Prädispositionen der Organe bei (Martegiani) 354.
Psoriasis durch Bäder mit Teer und Chrysophansäurezusatz. Behandlung der (Balzer, Lévy-Franckel u. Condat) 236.
— und des Lichen planus mit medikamentösen Bädern. Behandlung der (Balzer, Godlewski u. Condat) 411.
— guttata, durch spezifische Behandlung geheilt. Beitrag zum Studium der latenten Syphilis (Pied) 380.
— der Handflächen. Beitrag zur Histologie der (Haslund) 180.
— tardiva mit starkem Juckreiz (Hallopeau u. Dainville) 234.
— vulgaris. Klinische Untersuchungen über die Ätiologie der (Dujardin) 476.
— — Ein Beitrag zur Behandlung der (Oppenheim) 476.
— — Zur Pathogenese der (Shebunew) 183.
— — Pemphigus vulgaris und (Muchin) 68.
— 211, 385.
Psoriatischer Grundlage. Syphilitisches Exanthem auf (Ledermann) 289.
Psorospermose folliculaire végétante 165.
Psychose. Progressive Paralyse, diffuse Zerebralsyphilis oder arteriosklerotische (Ladame) 185; (Preisig) 185.
¹Puder. Über Toilette- und Schmink- (Kapp) 458.
Purpura (Thacher) 396; (Elliot und Martland) 396.
— 337.
— Die verschiedenen Formen von (Lutembacher) 416.
— Über die abdominellen Erscheinungen im Verlaufe der (Lavallée) 416.
— Nervöse und abdominelle Störungen bei —. Ihre gemeinsame Ursache: Ödem. (Bousrez) 415.
— eines Neonatus. Über eigentümliche herdförmige Degenerationen der Thyreoidea-Epithelien bei (Pettavel) 416.
— durch Venenstauung hervorgerufen (Weill u. Chalier) 417.
— mit Injektionen von Pepton Witte. Behandlung der kongenitalen Hämophilie und der (Nobécourt und Tixier) 417.
— mit dem Henochschen abdominalen Symptomenkomplex. Ein Fall von primärer (Rossi) 416.
— Ein unklarer Fall, ähnlich Henochs (Leeper) 416.
— annularis telangiectodes. Über einen Fall von (Radaeli) 34.

Digitized by Google

Purpura haemorrhagica. Ein seltener Fall von (Stümpke) 415.
— — Ein schwerer Fall von (Wolfer) 415.
— — nebst Bericht über einen atypischen Fall (Matthews u. Carpenter) 415.
— — nach Fibrolysininjektionen (Friedmann) 417.
— — Ein Fall von Röteln mit Tonsillitis und nachfolgender letaler (Stratford) 469.
Pyämid. Ein Fall von vesiko-pustulösem (Strandberg) 322.
Pyelitis bei Blennorrhöe (Aronstamm) 624.
— Nierenspülungen bei (Walsh) 92.
Pyelographie und die Verwendung von Kollargol für die Diagnose der Erkrankungen der Urinwege (Bruce) 31.
— zur Diagnose des erweiterten Nierenbeckens. Über den Wert der (Blum) 624.
— 681.
Pyelolithotomie 96.
Pyelonephritis während der Schwangerdurch kolibazilläre Septikämie. Deszendierende (Widal u. Bénard) 601.
— auf blennorrhoischer Grundlage. Albuminurie, Nephritis und (Motz) 730.
Pyodermien, die Infektionen der Haut mit banalen Eitererregern. Über (Jadassohn) 330.
Pyodermitiden. Durch den Löfflerschen Bazillus verursachte (A. v. Verbizier) 379.
Pyodermitis vegetans postimpetiginosa (de Azúa) 209.
*Pyrogallolpflaster. Vermehrung der reduzierenden Wirkung der (Dreuw) 618.

Qualimeter. Das (Bauer) 299.
Quecksilber und Schwefel im Organismus. Über die gegenseitige Beeinflussung von (Bruck) 101.
Quecksilberbehandlung vorkommenden Zylindrurie. Beitrag zur Kenntnis der bei (Reiss) 530.
Quecksilberfett hervorgerufene Todesfälle. Durch Einreibung von (Telletár) 358.
Quecksilbervergiftung. Ein Fall von schwerer (Juliusberg) 181.
— s. Syphilis.
Quecksilbers im Organismus. Zirkulation und Transformation des (Desmoulières) 357.

Radioaktiven Substanzen, speziell mit Aktinium. Über die Behandlung bösartiger Geschwülste mit (Czerny u. Caan) 736.
Radiodermatitis am Bauche (Navarre) 265.
— bullosa, excoriativa 241.
— hyperaemica, erythematosa 241.
— necroticans, ulcerosa 241.
Radiographie von mit Gas oder Luft aufgefüllten Nieren (Cole) 70.
— Paraffinprothese und (Lagarde) 396.
Radiotherapie geheilt. Pagetsche Krankheit mit (Ratera) 210.
— Behandlung der plastischen Induration der Corpora cavernosa mit (Bernasconi) 534.
Radium; seine therapeutischen Wirkungen. Das (Bayet) 681.
— behandelt. Konfluierende Adenomata sebacea, erfolgreich mit (Hudelo, Darbois u. Gallet) 234.
— gegen Angiome (Breda) 298.
— Die Behandlung von malignen Gewächsen mit (Moullin) 737.
— Über die Behandlung der Hautepitheliome mittels (Adouy) 741.
— und der bösartige Krebs. Das (Wickham) 324.
— und Mesothorium in der Lupusbehandlung. Erfahrungen mit (Wichmann) 272.
— Behandlung des Lupus vulgaris mit (Rodriguez) 678.
— Seine Heilwirkung bei Mäusekrebs (Adeno-Carcinoma) (Lawrence) 298.
— geheilter Fall von Pagetscher Krankheit am Nabel. Ein durch Behandlung mit (Milligan) 292.
— erfolgreich behandelt. Ein Fall von Riesenzellensarkom mit (Snow) 737.
— beim Ulcus rodens und anderen Hautläsionen (Sequeira) 31.
Radiumbehandlung. Über (Kozerski) 298.
Radiumforschung. Grundriß der Radiumtherapie und der biologischen (Loewenthal) 602.
Radiumstrahlen. Beiträge zur physiologisch-pathologischen Wirkung und therapeutischen Anwendung der (Tarapani) 297.
Radiumtherapie. Diskussion über die (Butcher) 30.
— Gegenwärtiger Stand der (Alkins u. Harrison) 92.
— geheilt. Zystische benigne Epitheliome mit —. Ausgedehntes ulzeriertes Hautepitheliom (Ratera) 210.
— und der biologischen Radiumforschung. Grundriß der (Loewenthal) 602.
Radiums. Die biologische Wirkung des (Pusey) 298.
Raynaudsche Krankheit erinnernden Erscheinungen. Fälle von paarigen Zer-

Digitized by Google

vikalrippen in Verbindung mit vaskulären, an die (Fearnsides und Sequeira) 708.
Raynaudscher Krankheit. Ein durch kalkige Entartung komplizierter Fall von (Davis) 707.
Reduktionsvermögen der histologischen Elemente der Haut 2.
Reglementierung der Prostitution zu Berlin. Über die (Jelzina) 320.
Reinfektion s. Syphilis.
Retentio urinae non prostatica der senilen Blase (Ware) 94.
Retinitis 158.
Rhabarber gegen die Blasenbildung. Ein Fall von Pemphigus foliaceus nebst Bemerkungen über die äußere Anwendung von (Ito) 211.
Rhinophyma (Muchin) 649.
Rhinoscleroma nasi (Pospelow) 353.
Rhinosklerom. Über einen Fall von (d'Amato) 413.
— (Meschtscherski, Tschernogubow u. Grintscher) 649.
— Ein Fall von (Meleschko) 652.
— Bazillus Frisch und (Pasini) 34.
— Die Reaktion der Komplementbindung beim (Sdrawomysslow) 688.
Rhinoskleroms mit Röntgenstrahlen. Zur Behandlung des (Nemenow) 688.
Riesenzellen in Gummi und Sarkom. Einige Beobachtungen über die feinere Struktur der (Wakabayashi) 41.
Rinder-Tuberkelbazillen. Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis und tuberkulöser Lymphangitis, hervorgerufen durch (Heuser) 274.
Ringed eruption 84.
— — Nodular 84.
„Ringworm" des behaarten Kopfes. Absonderung und Erziehung von Kindern mit (Wile) 479.
Ringwurm der Extremitäten und Leistengegend. Ekzematöser 205.
Ritter (Dermatitis exfoliativa neonatorum). Über einen Fall von Morbus (Sorgente) 473.
Röntgenbehandlung. Ein neues Präparat zum Schutz der gesunden Haut bei (Wurm) 692.
*— der Darierschen Dermatose. Über (Ritter) 165.
— Rezidiv nach —. Epitheliom der Stirn (Dubois-Havenith) 741.
— von Lupus erythematosus. Über (Moberg) 293.
— geheilter Plattenepithelkrebs und einige andere gleich behandelte Fälle von Hautkrankheiten usw. (Dohi) 211.
— der Trichophytia tonsurans. Diskussion über die (Hall-Edwards) 30.
Röntgenbehandlungs. Epitheliomaexulcerans.
Röntgenbestrahlung größerer Hautbezirke. Über gleichmäßige (Koppel) 298; (Levy-Dorn) 298.
— geheilt, nach vorangegangener Sensibilisierung. Röntgenrefraktäres Ulcus rodens, durch (Schmidt) 742.
Röntgendiagnose der kongenitalen Knochensyphilis (Fraenkel) 161.
— der Nephrolithiasis. Die (Hartung) 93.
Röntgendiagnostik in der Urologie. Die (Maingot) 602.
Röntgenerythem. Klinische Untersuchungen über das (Rominger) 241.
Röntgenröhre. Exakte Dosierung therapeutischer Voll- und Teildosen und praktische Eichung einer (Klingelfuß) 298.
Röntgenstrahlendosierung. Über (Fürstenau) 298.
Röntgenstrahlen-Energiemeter. Über ein direkt anzeigendes elektrisches (Beer) 298.
*Röntgenstrahlen für die Dermatologie. Methoden zur quantitativen und qualitativen Messung der (Gunsett) 226. 252.
— Zur Kenntnis der Schädigung der Haut durch (Krause) 218.
— auf den Erreger der Botryomykose. Über den Einfluß der (Eberlein) 691.
— in der Dermatotherapie und einige damit behandelte Fälle. Die Anwendung der (Dohi) 210.
Röntgenstrahlenbehandlung des Herpes tonsurans der Kopfhaut. Die (Bulkley) 480.
Röntgenstrahlen. Zur Behandlung des Lupus mit (Leonard) 275.
— behandelt. Zwei Fälle von Lupus tuberculosus mit (Batera) 36.
— Über einen Fall von primärer Lymphangiektasie der rechten Leiste. Behandlung mit (Peyri) 36.
— Die chronischen blennorrhoischen Prostatitiden. Ihre Behandlung speziell mit (Tansard u. Fleig) 532.
— behandelter Fall von generalisiertem Pruritus. Ein mit (Batera) 37.
— Zur Behandlung des Rhinoskleroms mit (Nemenow) 688.
— behandelt. Ein Fall von blennorrhoischer Talalgie, mit (Batera) 36.
— bei der Behandlung der Trichophytie der Kopfhaut (Graham) 480.
— Die Behandlung von malignen Tumoren mit (Morton) 31.
— als Heilfaktor bei malignen Tumoren. Die (Aspinwall-Judd) 736.
— und Hochfrequenzbehandlung bei malignen Tumoren. Über den Wert der

Digitized by Google

Kombination von (Werner u. Caan) 736.
Röntgenstrahlen ohne Rezidiv. Zungenepithelioma 9 Jahre nach der Behandlung mit (Engman) 741.
— s. X-Strahlen.
Röntgentherapie. Adrenalinanämisierung als Hautschutz in der (Reicher u. Lenz) 299.
— der Hautkrankheiten. Die Gefahren der (Zinsser) 299.
— Die unipolare Arsonvalisation der Haut als Vorbehandlung nachfolgender (Kaestle) 299.
Röntgenverbrennungen. Beitrag zur Kenntnis der (Loeb) 597.
Röntgenverfahrens. Leitfaden des (Dessauer u. Wiesner) 97.
Röteln. Charakteristika der gegenwärtigen Epidemie in Philadelphia. Masern und (Östheimer) 469.
— mit Tonsillitis und nachfolgender letaler Purpura haemorrhagica. Ein Fall von (Stratford) 469.
Rötung beider Handflächen. Dauernde intensive (Apert u. Leblanc) 386.
Rongalitweiß 3.
Rosazea. Keratitis infolge von (Weidler) 500.
— Ein Fall von Keratitis und (Chance) 516.
— Konjunktivitis und (Axmann) 657.
Roseola non syphilitica 411.
Rubeola oder Masern? (Hood) 469.
Säugling. Urticaria pigmentosa bei einem 10 Monate alten (Bunch) 291.

Salvarsan.

I. Allgemeines.

Salvarsan (K. G. u. A. O. Zwick) 69; (McLester) 363; (Carle) 609; (Miller) 624; (Wardle) 634.
— Über (Ehrlich) 362; (Friedberg) 363; (Wolbarst) 69.
— Aktuelle Betrachtungen über das (d'Amato) 412.
— Für und gegen das (Audry) 609.
Salvarsananwendung. Eine Warnung bezüglich der (Slushen u. Burchell) 538.
— Ein Brief von Ehrlich über (Emery) 236.
— Ehrlichs letzte Mitteilung über (Sulzer) 236.
— Exzentrizitäten bei (McKelvey Bell) 92.
— Hyperideal und (Lesser) 611; Richtigstellung zu dieser Arbeit (Ehrlich) 611.
— nicht hilft. Wenn (Holland) 92.
Salvarsans. Die Psychologie des (Vavasour Elder) 508.
Salvarsan das Quecksilber ersetzen? Kann (Dreuw) 610.
— Über die Verweildauer des Arsens im tierischen Organismus nach intravenöser Einspritzung von (Ritter) 511.
— Über die Ausscheidung des Arseniks durch Harn und Milch nach der Einspritzung von (Devilla) 512.
Salvarsans. Über die Ausscheidung des Arsens nach der intramuskulären Injektion des (Muto u. Sauno) 512.
— durch den Urin nach intravenöser Injektion. Beginn und Dauer der Ausscheidung des (Abelin) 513.
— aus dem menschlichen Körper. Über die Elimination des (Frenkel und Navassart) 512.
— in ihren Beziehungen zur Therapie. Die Ausscheidungs- und Remanenzverhältnisse des (Ullmann) 512.
— im Urin nach der Methode von Abelin. Nachweis des (de la Villa und Nonell) 209.
Salvarsanbehandlung. Über das Verhalten des Zuckers im Urin bei (Bendig) 513.
— im Blute bei intravenöser Injektion (Abelin) 510.
Salvarsaninjektion. Zum Blutbild bei Lues und (Dorn) 325.
— im Organismus. Das (Jeanselme u. Touraine) 509.
Salvarsans im menschlichen Körper. Das Verhalten des (Raimoldi) 360.
— auf die Intensität der Antikörperbildung beim Kaninchen. Über den Einfluß des (Friedberger u. Masuda) 511.
— Der Einfluß von Mikrobien auf die Wirkung des (Yakimoff u. Kohl-Yakimoff) 362.
— auf die Leukozytenformel. Einfluß des (Yakimoff) 360.
— bei intravenöser Einverleibung nach Versuchen am Hund und Kaninchen. Die Toxizität des (Kochmann) 510.
Salvarsan im Laboratorium und in der Praxis. Das (Napoli) 147.
Salvarsanbehandlung. Folgen des Vertrauens in die (Broquin) 330.
Salvarsan. Erfahrungen mit (Gaffrey) 70.
— Neue Erfahrungen mit (Withney) 69.
— Unsere bisherigen Erfahrungen mit (Klingmüller) 502.
— Ein Jahr (Gueyrat) 409.
— Ein Jahr Erfahrungen mit (Pascal) 599.

Digitized by Google

Salvarsan, während eines Jahres gesammelte Erfahrungen (Möller) 505.
— in Verbindung mit der Idee von Prof. Ehrlich von der Therapia magna sterilisans. Das Fazit der 1½jährigen Erforschung des (Bjelow) 505.
Salvarsans. Meine Erfahrungen bei der Anwendung des (Sellei) 503.
— nach den Beobachtungen im Alexanderhospital der Permschen Landschaft. Über die Wirkung des (Meleschko) 71.
Salvarsan in der Klinik Baudelocque. Erfahrungen mit (Bar) 505.
— an der venereologischen Klinik in Lyon. Ein Jahr praktischer Erfahrungen mit (Nicolas u. Moutot) 329.
— in der venereologischen Klinik der Antiquaille zu Lyon. Die 1¼jährige Erfahrung mit (Nicolas u. Moutot) 502.
— in der venereologischen Klinik der Antiquaille zu Lyon. 15 Monate Praxis mit (Nicolas u. Moutot) 567.
— Anwendung auf der III. med. Abteilung des Krankenhauses l. d. I. (München) und die damit erzielten Erfolge. Über die verschiedenen Methoden der (Schmid) 514.
— im New Yorker Hospital für Haut- und Krebsleiden. Erfahrungen mit (Fox u. Trimple) 508.
— Klinische Beobachtungen bei Anwendung von (Shields) 70.
Salvarsananwendung. Intravenöse (Holliday) 70.
Salvarsans. Die Anwendung des (Hirschfelder) 655.
— Intravenöse Anwendung des (Winter) 537.
— Einige Bemerkungen zur intravenösen Anwendung des (Füresc) 537.
Salvarsanfrage. Zur (Leredde) 363; (Gaucher) 502.
— Gegenwärtiger Stand der (Meltzer) 501.
— am 4. Dezember 1910. Die (Duhot) 501.
Salvarsan. Über die intravenösen Infusionen von (Krzysztalowicz und Weber) 445.
Salvarsaninjektion. Über intravenöse (Nakano u. Takahashi) 210.
Salvarsan. 154 Injektionen mit (Ballenger) 69.
Salvarsaninjektionen. Kurzer Bericht über 414 (Ballenger und Elder) 504.
— Bericht über 208 intravenöse (Handley u. Souther) 678.
Salvarsanbehandlung im Garnisonlazarett Windhuk, Deutsch - Südwestafrika. Einige Beobachtungen bei der (Westphal) 504.
— im Laufe eines Jahres. Unsere Erfahrungen über die (Dohi u. Tanaka) 508.
— Einige Bemerkungen über den Wert und die Anwendung von (Guszmann) 607.
Salvarsantherapie. Der gegenwärtige Stand der (Sieskind) 500.
— Zur (Poór) 632.
— Zwei Jahre (Ehrlich, Kraus und Wassermann) 625.
— nach bisheriger Eigenbeobachtung. Aphorismen zur (Bonn) 626.
— vom militärischen Gesichtspunkte. Die (Simonyi) 628.
— bei Schwangeren und Wöchnerinnen über die (Lange) 629.
Salvarsan, mit Bericht von Fällen. Therapeutischer Wert des (Angle und Snipes) 608.
— Der Wert der Wassermannschen Reaktion und des (Keidel u. Geraghty) 626.
Salvarsans. Experimentelle Untersuchungen über die pharmakologische Wirkung des (Ferrannini) 359.
— und Arsenophenylglyzins. Zur Theorie der Wirkung des (Iversen) 508.
Salvarsanwirkung. Zur Symptomatik der (Hrdliczka) 508.
Salvarsanliteratur. Bemerkungen zur (Laquer) 500.

II. Therapie.

Salvarsan. Behandlung der Angina Plaut-Vincenti mit (Sourdel) 132.
— Über die sogenannte Heilung der Bilharziosis durch (Loos) 300.
— ohne Wirkung bei Erythema multiforme (Glasgow) 678.
— Bericht über die Behandlung von 700 Fällen von Framboesia tropica und 4 Fällen von Pian Bois mit (Flu) 734.
— bei Frambösia (Alston) 734.
Salvarsanbehandlung in der Geburtshilfe. Über die Resultate der (Jeannin) 508.
Salvarsans auf einige Hautkrankheiten. Über die Wirkung des (Watanabe) 211.
Salvarsan. Zur Behandlung der Lepra mit (Troitzkaja) 71.
— Lepra und (Jeanselme) 235.
— Behandlung der Lepra mit (Brault) 235.

Digitized by Google

Salvarsan behandelter Leprafall. Ein mit (Pokrowski) 270.
— bei Lepra (F. A. de Vertueil und F. L. de Vertueil) 271.
— behandelt. Lichen hypertrophicus corneus verrucosus mit (Azua) 36, 657.
— behandelt. Ein Fall von Lichen planus Wilson mit (Martin) 37.
— Weitere Mitteilungen zur Reaktion des Lupus vulgaris nebst Beiträgen zur Therapie desselben durch (Herxheimer u. Altmann) 180.
— Milzbrand und (Schuster) 691.
Salvarsans auf den Milzbrand. Über die Wirkung des (Bettmann u. Laubenheimer) 691.
Salvarsaninjektionen auf Nierenleiden. Über den Einfluß der intravenösen (Takahashi u. Miyabe) 211.
Salvarsanbehandlung nicht luetischer Krankheiten. Über den jetzigen Stand der (Becher) 363.
— behandelt wurde. Bemerkungen über Noma, nebst Bericht über einen Fall, der mit (Nicoll) 689.
— bei Nerven- und Geisteskrankheiten (Croqu) 568.
— und das Nervensystem (Berkovits) 547.
— erzielte Resultate in der Behandlung von Nervenleiden. Über einige mit (Marinesco) 162.
Salvarsananwendung bei der Orientbeule (Pendinsches Geschwür). Versuche der (Iwanow u. Welikanow) 716.
— bei Ulcus tropicum (Rodenwaldt) 733.
Salvarsan. Behandlung der Pellagra mit (King u. Crowell) 393.
— bei der Pellagra. Das (Gil u. Casares) 393.
— in der Behandlung des chronischen Pemphigus (Sutton) 483.
— geheilt. Pemphigus vegetans und ein Fall mit (Jochelsohn) 659.
— und Sarkom (de Aja) 209.
*— Ein Fall von Ausheilung eines weichen Schankers durch Gebrauch von (Pawlow) 248.
Salvarsanbehandlung bei Skorbut. Über (Tuschinsky u. Iwaschenzow) 418.
Salvarsan. Die nicht spezifischen ulzerösen Erkrankungen der Mundrachenhöhle und (Gerber) 656.
Salvarsanbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Spirochätenerkrankungen im Bereiche der Mundhöhle. Über die lokale (Zilz) 627.
Salvarsan behandelt. Merkurielle Stomatitis mit (Le Blaye) 160.
Salvarsan in der Behandlung der Syphilis und anderer Krankheiten. Amerikanische Erfahrungen mit (Meyers) 507.
— bei Syphilis s. Syphilis.
Salvarsans bei 3 Fällen von Variola vera. Über die Anwendung des (Lenzmann) 470.

III. Dosierung und Technik.

Salvarsan. Ein einfacher Apparat zur intravenösen oder intramuskulären Injektion von (Dawson) 537.
— Ein Apparat für die intravenöse Injektion von (Evans) 516.
Salvarsaninjektionen. Neuer Apparat für intravenöse (Milian) 536.
Salvarsaninjektion. Instrumentarium zur intravenösen (Rytina) 69.
— mit vorhergehender und nachfolgender Kochsalzlösung. Apparat zur intravenösen (Dakin) 300.
Salvarsans. Über die Anwendungsweise des (Sakurane) 38.
— Praktisches zur intravenösen Anwendung des (Bogrow) 535.
Salvarsananwendung. Neue einfache Methode der (Knowles Swinburne) 624.
Salvarsanapplikation. Eine neue Methode der (Mata) 37.
Salvarsan. Die Dosierung von (Leredde) 235.
— und die Frage der Dosierung. Die Rezidive nach (Leredde) 727.
— in refracta dosi angewendet (Szántó) 626.
— zur Injektion präparieren und wieviel soll man injizieren? Wie soll man (Emery) 362.
Salvarsandosen. Beitrag zur Indikation und Wirkung kleinster (Waelsch) 631.
Salvarsanlösungen und ihre Dosierung. Die Herstellung der (Emery) 535.
Salvarsans. Die verschiedenen Arten der Zubereitung der Technik und Dosierung (Fouquet) 535.
— Über die subkutane Infusion des (Mine u. Maki) 211.
— Über die rationelle Methode der intramuskulären Einspritzung ätzender Mittel, speziell des (Halpern) 364, 381.
Salvarsan. Die intramuskuläre Injektion von (Spearing) 538.
Salvarsaninjektionen. Intravenöse (Eitner) 538.
— in chlorfreier Glukoselösung. Die intravenösen (Lafay) 727.
— ohne Kochsalzzusatz. Intravenöse (Braun) 534.

Digitized by Google

Salvarsan per rectum. Die Verabreichung des (Geley) 363.
— durch das Rektum. Zur Einführung des (Bagrow) 363.
— Zur Technik intravenöser Injektion von (Brauss) 537.
— zur Injektion präparieren und wieviel soll man injizieren? Wie soll man (Emery) 362.
Salvarsans. Die verschiedenen Arten der Zubereitung und Verabfolgung des —. Technik und Dosierung (Fouquet) 535.
Salvarsanbehandlung. Die Technik der (Siebert) 535.
— Zur Technik der (Hüfler) 535 (bis).
Salvarsaneingießung. Die Asepsis nach Wechselmann bei der intravenösen (Autokratow) 536.
Salvarsaneingießungen. Zur Technik der intravenösen (Semenow) 537.
Salvarsaneinspritzungen, Technik und Zufälle (Chevalier-Seyvet) 535.
Salvarsaninfusion. Technische Feinheiten bei der (Mayer) 537.
Salvarsaninjektion. Erleichterung der Einführung der Nadel in die Vene zur intravenösen (Ballenger und Elder) 537.
— Über die Technik der intravenösen (Auszterweil) 536.
— Zur Technik der intravenösen (Knauer) 536; (Meyer) 537.
— Vereinfachte Technik der intravenösen (Chetwood) 535.
Salvarsaninjektionen. Technik der intravenösen (Leredde) 535.
— Vereinfachung der Technik der intravenösen (del Val) 37.
— nebst kurzer Bemerkung über die Technik. Über einige Nebenwirkungen bei den intravenösen (Inouye) 210.
Salvarsanöl. Über „Joha", ein 40proz. (Schindler) 364.
Salvarsan. Lanolinölemulsion von (Burke) 69.
— in Mandelöl (Loxton) 535.
— Über die Injektion der schwach alkalischen Halbemulsion des (Okugawa) 38.
Salvarsanlösung. Die Herstellung der alkalischen (Fouquet und Pépin) 237.
Salvarsanlösungen erzielten Resultate. Ein Vergleich der mit intravenöser Einverleibung saurer und alkalischer (MacKee) 514.
Salvarsaninfusionen. Zur Frage der sauren oder alkalischen venösen (Spiethoff) 515.
Salvarsaninjektionen usw. Physiologische und klinische Bemerkungen über die sauren intravenösen (Duhot) 515.
Salvarsaninjektionen. Über die intravenösen sauren und löslichen und die intravenösen neutralen, unlöslichen (Fleig) 515.
— mittels neutraler wäßriger Suspension. Intravenöse (Lévy-Bing u. Duroeux) 329.
— Notwendigkeit der vorherigen Urinuntersuchung bei (Garzia del Mazo) 210.

IV. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen.

Salvarsan. Über Folgeerscheinungen nach (Umezu) 211.
Salvarsandarreichung. Eine Folgeerscheinung der (Montgomery u. Culver) 547.
Salvarsans. Gefahren und Kontraindikationen des (Burnier) 542.
Salvarsananwendung. Die Nachteile der (Montgomery) 540.
Salvarsan behandelten Patienten. Bedenkliche Nebenerscheinungen bei einigen mit (Finger) 543.
— Nebenerscheinungen bei —. Statistik über 468 intravenöse Injektionen (Leredde u. Kuenemann) 237.
Salvarsans. Die Nebenwirkungen des (Finger) 569.
— Über einige Nebenwirkungen des (Sellei) 570.
— Zur Frage der Nebenwirkungen des (Lipsztat) 570.
— Toxische Nebenwirkungen des (de Azúa) 571.
Salvarsaninjektionen nebst kurzer Bemerkung über die Technik. Über einige Nebenwirkungen bei den intravenösen (Inouye) 210.
Salvarsaneinspritzungen, Technik und Zufälle (Chevalier-Seyvet) 535.
— Zufälle bei intravenösen (Leven) 565.
Salvarsan. Zikatrizielle Achromie nach (Nonell) 37.
— und das Auge (Fejér) 575.
— dessen Wirkung auf Auge und Ohr (Houver) 573.
— Ein Jahr Erfahrungen mit —. Bericht über 230 Injektionen mit besonderer Beziehung zu Komplikationen des Auges und des Ohres (Corbus) 503.
Salvarsaninjektionen. Augenstörungen nach (Duvigneaud) 361.
Salvarsans auf das Auge. Der Einfluß des (Griguolo) 574.

Digitized by Google

Salvarsan. Doppelseitige Akkomodationslähmung nach (Makrocki) 578.
— Neuritis optica und (Jeanselme u. Coutela) 577.
Salvarsaninjektion. Ein Fall von Okulomotoriuslähmung nach (Copper) 574.
Salvarsan. Zur Frage der Behandlung der Entzündungen des Sehnerven mit (Reis) 576.
Salvarsaninjektion. Ein Anfall von Blutdrucksteigerung nach einer (Covisa) 36, 541.
Salvarsan. Über epileptiforme Anfälle nach (Lesser) 441.
Salvarsanexantheme. Über (Watanabe u. Fujitani) 37.
Salvarsanbehandlung hervorgerufene Schwerhörigkeit und Fazialislähmung. Über die durch (Nakano) 37.
Salvarsan und Fieber (Jeanselme und Vernes) 410; (Stümpke) 510.
Salvarsanfieber (Leredde u. Kuenemann) 410.
Salvarsanfiebers. Zur Kritik der Ansichten über die Entstehung des (Arzt u. Kerl) 360.
Salvarsaninjektionen. Beitrag zur Kenntnis der fieberhaften Reaktionen nach intravenösen (Brüchler) 443.
— folgende fieberhaften Reaktionen. Die Beseitigung der den intravenösen (Swift u. Ellis) 539.
— Die Pathogenese des Fiebers nach den intravenösen (Duhot) 501.
*Salvarsans. Zur Frage des Fiebers und anderer Nebenerscheinungen bei der Anwendung des (Wachenfeld) 341.
— auf das Gehör. Die Wirkung der (Sellei) 572.
Salvarsan und der Nervus acusticus (David) 571.
— Hörnervenerkrankungen nach Anwendung von (Freistadtl) 571.
— dessen Wirkung auf Auge und Ohr (Houver) 573.
— Ein Jahr Erfahrungen mit —. Bericht über 230 Injektionen mit besonderer Beziehung zu Komplikationen des Auges und des Ohres (Corbus) 503.
— Über bilaterale Ertaubung und Vestibularausschaltung nach (Beck) 573.
— und Labyrinthstörungen (Felix) 572.
— Behandlung hervorgerufene Schwerhörigkeit und Fazialislähmung. Über die durch (Nakano) 37.
— und postoperative Hämorrhagien (Mouchet u. Bricout) 600.
Salvarsaninjektion. Multiple Herpeseruption nach einer intravenösen (Nonell) 210.
Salvarsan. Zwei Fälle von Ikterus nach intravenösen Injektionen von (Lévy-Bing u. Duroeux) 330.
— Ikterus mit letalem Ausgang nach (Hofmann) 604.
Salvarsaninjektionen erhalten hatten. Intoleranzerscheinungen, welche an Anaphylaxie erinnerten, bei einem Kranken, der 4 (Ravaut u. Weissenbach) 543.
Salvarsaninfusion. Schwere akute Intoxikation nach intravenöser (Voss) 544; Nachtrag hierzu 544.
Salvarsaninfiltrate und Fibrolysin (Tietze) 408.
Salvarsaninjektion. Nervöse Erscheinungen nach einer zweiten (Ravaut) 568.
Salvarsan und Quecksilber. Schwere nervöse Störungen nach Behandlung mit (Sulzer, Fage, Richou u. Ettinger) 235.
— Nervenerkrankungen bei Syphilitikern nach intravenösen Salvarsaninjektionen (Lévy-Bing, Voisin u. Duroeux) 144.
— Über Neurorezidive nach (Saenger) 568; (Dösseker) 569.
— sowie über Neurorezidive. Eigene Erfahrungen über Abortivkuren mit Kalomel und (Müller) 606.
— speziell Polyneuritis. Über Neurorezidive nach (Trömner u. Delbanco) 568.
— und Quecksilberbehandlung. Über Neurorezidive nach (Benario) 146.
— Neurotropie oder (Sicard, Bizard u. Gutman) 569.
Salvarsans. Weitere Beiträge zur Neurotropie und Depotwirkung des (Fischer u. Zernick) 568.
— Warnender Neurotropismus des (Sicard u. Bizard) 569.
— Experimentelle Untersuchungen zur Frage nach der neurotoxischen Wirkung des (Beck) 605.
Salvarsaninjektion. Über einen Todesfall durch Encephalitis haemorrhagica im Anschluß an eine (Fischer) 605.
— Ein Fall von Encephalitis haemorrhagica acuta nach intravenöser (Almkvist) 605.
Salvarsaninjektionen. Oedema cerebri und Encephalitis haemorrhagica acuta nach intravenösen usw. (Tissier u. Blondin) 567.
— Tödliche Meningo-Enzephalitis nach zwei intravenösen (Balzer u. Condat) 410.
Salvarsan. Zerebrospinalmeningitis als Rezidiv nach (Oberholzer) 361.
— Akute Nephritis nach intravenöser Injektion von (Tucker) 579.

Digitized by Google

Salvarsanreaktion. Die Erklärung der (Kallós) 509.
Salvarsanhautreaktion. Beitrag zur Klinik und Histopathologie der lokalen (Frieboes) 91.
Salvarsans vorkommenden schweren Reaktionen und ihre Verhinderung. Die bei der intravenösen Anwendung des (Marschalko) 539.
Salvarsaninjektion. Über die Ursachen der Reaktionserscheinungen nach (Almkvist) 538.
Salvarsaninjektionen ohne Reaktionserscheinungen. Über intravenöse (Herbsmann) 538.
— Wie verhütet man die Ohnmacht nach intravenösen (Duhot) 540.
— Über medikamentöse Spätexantheme nach intravenösen (Frühwald) 544.
— Über Spätexantheme nach intravenösen (Heuck) 361.
Salvarsaneingießung. Ein Fall von verspäteter Reaktion nach intravenöser (Pospelow) 652.
Salvarsaninjektion. Über ausgedehnte Thrombophlebitis nach einer intravenösen (Müller) 541.
— Fall von Thromboses à distance nach intravenöser (Clingestein) 92.
— Entfernte Thrombose nach einer intravenösen (Gaucher u. Gougerot) 410.
— Fernthrombose nach endovenöser (Klausner) 541.
Salvarsan. Tod nach (Morata) 604.
— bei einem gesunden Menschen. Todesfall nach (Hallopeau) 605.
— Tödliche Vergiftung nach (Caraven) 329.
Salvarsaninjektion. Ein Todesfall fünf Tage nach einer (Oltramare) 328.
— Über einen Todesfall durch Encephalitis haemorrhagica im Anschluß an eine (Fischer) 605.
Salvarsan. Todesfälle nach (Gaucher) 605.
— verschuldeten Todesfälle. Die durch (Gaucher) 598.
— Neue Studie über die Todesfälle nach (Leredde u. Kuenemann) 412.
Salvarsanbehandlung. Zur Kasuistik der Todesfälle nach (Kannengießer) 604.
Salvarsan. Ikterus mit letalem Ausgang nach (Hofmann) 604.
Salvarsaninjektionen. Toxikodermien im Anschluß an (Fisichella) 361.
Salvarsaninjektion. Überempfindlichkeit bei intravenöser (Wechselmann) 323.
Salvarsaninjektionen vermeiden? Wie soll man die Zirkulationsstörungen während der intravenösen (Duhot) 541.
Salvarsan. Zoster nach (de Aja) 210.
Salvarsans. Zoster und Herpes als Nebenwirkung des (Serrano und Saint de Aja) 37.
Salvarsanomania activa et passiva (Gourari) 652.

Santal 681.
Santalöl 225.
Sarcoma Kaposi. Beobachtungen bei drei Fällen von (Cavagnis) 34.
— multiplex haemorrhagicum (Kaposi. Über das (Sternberg) 527.
Sarcomatosis cutis (Spiegler) (Polland) 320.
Sarkoid. Multiples benignes (Arndt) 29.
Sarkoide des Gesichts. Diffuse Boeckse (Pinkus) 439.
Sarkoids. Beitrag zur Kenntnis d. Boeckschen benignen (Galewsky) 179.
Sarkom. Einige Beobachtungen über die feinere Struktur der Riesenzellen in Gummi und (Wakabayashi) 41.
— und Epitheliom. Die Färbung des fibrillären Retikulums mit der Bielschowskyschen Methode zur Differentialdiagnose zwischen (Licini) 41.
— oder Mycosis fungoides (Thomson 232.
— Experimentelle Untersuchungen über das Ratten- (Uhlenhuth, Haendel u. Steffenhagen) 738.
— Polymorphzelliges Riesenzellen- (Arndt) 32.
— Fall von vernarbendem (Digby) 28.
— und einige Affektionen, welche dasselbe vortäuschen. Zungen- (Foote 738.
— (Kaposi). Multiples Akro—. Besserung durch Arsenik (Rasch) 293.
— mit Radium erfolgreich behandelt. Ein Fall von Riesenzellen- (Snow) 737.
— Salvarsan und (de Aja) 209.
Sarkome der Haut, welche möglicherweise Metastasen eines 18 Monate zuvor operierten Hautsarkoms repräsentieren. Multiple melanotische (Low) 327.
— Beitrag zum Studium der multiplen Haut- (Philippon) 737.
Sarkoms bei Ratten usw. Weitere Experimente in der Behandlung des inokulierten (Grünbaum u. Grünbaum-Leeds) 738.
— des Hundes. Zur Biologie des Rundzellen- (v. Dungern) 738.
Satinholz (Chloroxylon Swietenia) erzeugte Dermatitis. Die durch das ostindische (Cash) 217.

Digitized by Google

*Sauerstoffs und der Sauerstoffermente in der Haut. Die Verteilung des —. Zur Chemie der Haut. IX. (Unna u. Golodetz) 2, 54.
— in der Färberei. Die Bedeutung des (Unna u. Golodetz) 239.
Scarlatina occulta. Beiträge zur Diagnostik und Prophylaxis der (Vladar) 448.
— pathognomonisches Zeichen. Das himbeerfarbene Aussehen der Zunge ist kein für (Vladimirow) 450.
— ohne Isolierung. Behandlung u. Prophylaxe der Masern und —. Die Methode von Milne (L'Hardy) 452.
— s. Scharlach.
Schanker des Kinnes. Tuberkulöser (Milian) 233.
— des Anus und des Mastdarms. Über die weichen (Laborie) 685.
— s. Syphilis, Ulcus molle.
Schankern und torpiden Geschwüren. Kokain bei (Lydston) 685.
*Schankers durch Gebrauch von Salvarsan. Ein Fall von Ausheilung eines weichen (Pawlow) 248.
— mit Jodtinktur. Behandlung des weichen (Petges) 685.
— usw. Zur Frage des versteckten (Tschumakow) 72.
Scharlach (Vipond) 448.
— Zytologische Blutuntersuchungen bei (Roth) 419.
— Leukozyteneinschlüsse bei (Döhle) 420.
— als Komplikation von Schwangerschaft, Entbindung und Puerperium (Herzstein) 450.
— Das Herz des Kindes bei (Barré) 450.
— bei einem 3½jährigen Knaben. Fünftägige Anurie nach (Northrup) 451.
— und Bericht über 100 derartige Fälle. Antibakterielle Behandlung der septischen Rhinitis beim (Kolmer und Weston) 452.
— Der experimentelle (Gouget) 419.
Scharlachätiologie. Experimentelle Untersuchungen über die (Bernhardt) 419.
Scharlach auf Affen zu übertragen. Versuche, (Landsteiner, Levaditi u. Prašek) 447.
Scharlachimpfung auf niedere Affen (Cautacuzène) 419.
Scharlachübertragung auf den Schimpansen. Versuche der (Landsteiner, Levaditi u. Prašek) 419.
— auf Affen. Versuche der (Hektoen u. Weaver) 419.
Scharlachnephritis. Zur Frage der (Leede) 451.
Scharlachnephritis. Über die Folgen der (Stroink) 451.
Scharlachrezidiv. Ein Fall von (Crozer Griffith) 450.
Scharlachvakzination und Anginen. Zur Frage über die (Wladimiroff) 451.
Scharlach und Masern. Untersuchungen über Komplementbindung bei (Kappel) 452.
— Varizellen und (Rousset) 470.
— s. Scarlatina.
Schimmelpilze je nach der Jahreszeit. Über die verschiedene Giftigkeit der (Ceni) 43.
Schleimhauterkrankungen. Die Beziehungen zwischen Zähnen und Hautkrankheiten und (Knowsley Sibley) 263.
Schleimhautlupus. Die Behandlung des (Wichmann) 272.
Schleimhauttuberkulose mittels Diathermie. Die Behandlung des Lupus und der (Nagelschmidt) 272.
Schleimhautkatarrhe und deren Behandlung. Zur Frage über chronische (Averbuch) 465.
Schleimhäute. Über die Anwendung der Chromsäure bei entzündlichen und geschwürigen Affektionen der (Hénouille) 656.
Schminken, Haarentfernungs- und Haarfärbemittel. Über die Vorurteile gegen (Sabouraud) 296.
Schutzmitteln. Zur Frage der Strafbarkeit der Ankündigung von (Markuse) 625.
Schwangerschaftsdermatosen 366.
Schwangerschaftsexanthem. Multiformes, toxisches 387.
Schwangerschaftstoxikose. Mit Pferdeserum geheilte (Freund) 387.
Schwefel im Organismus. Über die gegenseitige Beeinflussung von Quecksilber und (Bruck) 101.
Schwefels auf die Haut. Die Wirkung des (Golodetz) 385.
Schweißdrüsen bei inneren Krankheiten? Gibt es anatomische Veränderungen der (Veil) 149.
— usw. Über angeborene Sekretstauung in den Talg- und (Hinselmann) 531.
Schwerhörigkeit s. Salvarsan.
Scleromatis. Bacterium 689.
Scrophuloderma 273.
Sécrétan. Morbus 395.
Sehnerven. Entzündungen des —, siehe Salvarsan.
Sehstörungen s. Hektin (Syphilis, I L).
Sepsis bei einigen mit Epidermolysis einhergehenden Erkrankungen. Die (de Marco) 35.
— mit purulentem Ödem nach Varizellen.

Digitized by Google

Ein Fall von Streptokokken- (Blühdorn) 470.
Sepsis puerperalis 685.
Septikämie. Deszendierende Pyelonephritis während der Schwangerschaft durch kolibazilläre (Widal u. Bénard) 601.
Septikopyämie 269.
Serodiagnostik für die Diagnose des prämykotischen Erythems. Wert der (Gaucher, Guggenheim u. Paris) 713.
— der malignen Tumoren. Beitrag zur (Monakow) 736.
Serologische Untersuchungen bei Tuberkulose und Syphilis. Vergleichende (Müller u. Süß) 273.
*Serum. Über die Behandlung der juckenden Hautkrankheiten mit normalem, menschlichem (Linser) 365.
— geheilte Schwangerschaftstoxikose. Mit Pferde- (Freund) 387.
— Sclavosches 690.
Serumexanthem, abklingend mit Herpes Zoster. Spät- (Kanngießer) 389.
Serumkrankheit der Haut und Schleimhaut. Beiträge zur Klinik der (Grossmann) 387.
Serumkrankheiten. Über die im Verlaufe von 16 Jahren an der Universitäts-Kinderklinik der Kgl. Charité beobachteten (Müller) 388.
Sexualpädagogische Statistik. Eine neue (Meirowsky) 625.
Sexualvermögen. Automobil und (Notthafft) 72.
Sexualwissenschaften mit besonderer Berücksichtigung der kulturgeschichtlichen Beziehungen. Handbuch der (Moll) 709.
Sexuelle Belehrung der Abiturienten. Über die (Rosenthal) 211.
— Aufklärung. Die Eltern und die (Siebert) 212.
Sexuellen Aufklärung und Erziehung. Anleitung zur (Oker-Blom) 73.
— Erziehung. Praktische Vorschläge für die Durchführung einer (Chotzen) 625.
— Träume. Die Bedeutung und Erklärung der (Porosz) 320.
Silberinjektionen bei der Nierendiagnose. Kolloidale (Price) 264.
Siliziumdioxyd 462.
Simulation der Hautkrankheiten. Die (Oyarzábal) 355.
Sittenpolizei. Reform der Budapester (Schneickert) 625.
Skarlatinöser Myokarditis. Zum unvorhergesehenen Tode bei (Weill und Mouriquaud) 451.
— Nephritis. Untersuchungen über die Meyersche Reaktion bei (Ghys) 451.
Sklerema (Langmead) 208.
Sklerodermie. Zwei Fälle von (Yamada) 211; (Isaac) 438.
— mit nachfolgender Hautatrophie (Heller) 726.
— mit Affektion der Mundschleimhaut und Basedow-Addison-Symptomen (Rasch) 597.
— in Verbindung mit Hemiatrophia facialis. Fall von (Afzelius) 293.
— Über eine dem Lichen sclerosus (Hallopeau) angenäherte Form der zirkumskripten (Fischer) 178.
— im Verein mit Myositis fibrosa (Langmead) 208.
Sklerom. Über das (Nagy) 689.
— 578.
Skleroms in Ostpreußen. Die Zunahme des (Gerber) 688.
— Über spezifische Diagnostik und Therapie des (Suess) 688.
Sklerose der Koronararterien 543.
Skorbut im Beginn. Infantiler (Broca) 417.
— Über Salvarsanbehandlung bei (Tuschinsky u. Iwaschenzow) 418.
— 578; s. Gärungskrankheiten.
Soldatenheime. Bericht über die (Joly) 132.
Sonden. Ein neues Instrument zum Messen der (Cathelin) 533.
— bei gewissen Urethralstrikturen. Die Anwendung von Leit- (Noguès) 681.
Sonnenbehandlung der Tuberkulose. Die (Marc) 275.
Sonnenbestrahlung. Über Folgen von (Kanngießer) 219.
Sonnenkuren. Zu (Winternitz) 296.
Sonnenlichtes auf Mäuse in Zusammenhang mit der photodynamischen Theorie der Pellagra. Einfluß der Maisernährung und des (Rondoni) 389.
Sonnenstrahlen. Ein Fall von Urtikaria, verursacht durch (Ochs) 396.
Sozialproblem. Psychologie des Jünglings und ihre Beziehung zum (Hall) 70.
Speicheldrüsenschwellung. Ein Fall von periodischer (Lange) 337.
Spermatorrhöe und der sexuellen Impotenz. Die präkokzygealen Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung bei der (Perez-Grande) 293.
Spina ventosa sporotrichotica 479.
Spindelhaaren. Ein Fall von (Lesser) 32.
Spirillose. Über die merkurielle Behandlung der experimentellen Kaninchensyphilis und der brasilianischen (Lannoy u. Levaditi) 106.
Spirillosen. Hereditäre Übertragung der (Nattan-Larrier) 41.

Digitized by Google

Spirillum Obermeieri 41.
Spirochaeta Duttoni 41, 360.
Spirochäten und fusiformen Bazillen bei Rachengeschwüren usw. Über das Vorkommen von (Chamberlain) 656.
Spirochätenerkrankungen im Bereiche der Mundhöhle. Über die lokale Salvarsanbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der (Zilz) 627.
Spirochaetosis bronchialis 656.
Sporotrichum Beurmanni. Laboratoriumsinfektion mit (Arndt) 727.
— 50 ff.
Sporotrichose (Bonnet) 477.
— Die (Thumin) 477.
— Über (Fielik) 478.
— Drei Fälle von (Thibierge u. Gastinet) 479.
— mit langsamem Verlaufe. Lokalisierte (Brocq u. Fage) 237.
— mit Veränderungen an den Augen und mit Spina ventosa. Disseminierte gummöse (Legry, Sourdel u. Velter) 479.
— des Tränensacks. Primäre (Morax) 479.
*— Histologische Untersuchungen bei drei Fällen von (Hodara u. Fuad Bey) 50.
— vortäuschend. Eigenartiger Fall eines erythematös-knotigen Spätsyphilids, klinisch eine multiple gummöse (Verrotti) 144.
— Osteoperiostitische und artikuläre Läsionen der —. Die Spina ventosa sporotrichotica, ihr radiologisches Aussehen und ihr Verlauf (Jeanselme, Chevallier u. Darbois) 479.
— des Fersenbeins. Primäre (Bonnet) 564.
Sporotrichosis. Ein Fall von (Adamson) 27; (Steward) 479; (Henderson) 479.
— Bemerkungen über einen Fall von (Walker u. Ritchie) 478.
— beim Menschen. Ein Fall von (Beam) 477.
Sporotrichosisfrage. Augenblicklicher Stand der (de Beurmann u. Gougerot) 177.
Sporotrichosis-Septikämie. Ein Fall von (Hodara u. Fuad Bey) 180.
Sporotrichotica. Primäre Osteoperiostitis (Lesieur u. Marchand) 479.
— Spina ventosa 479.
Statistik 1910. Dermatologische (François) 107.
— der Lupusbehandlung (Loeb) 274; s. Syphilis I A.
Steinkrankheit im Laufe der Zeiten. Die (Pousson) 294.
Steinniere mit großen Steinen. Einfache Nephrotomie bei infizierter (Rochet) 263.
Steinschnitte. Ein Fall von Darmverschluß durch Würmer nach einem suprapubischen (Mélikiantz) 262.
Stein. Ureteren- (McKechnic) 92.
Steine des Ureters. Aberrierende (Frenkel) 237.
— Die Diagnostik der Ureteren- (Casper) 238.
— die in der Urethra prostatica eingekeilt waren und durch die Harnröhre entfernt wurden. Ureteren- (Gallois) 263.
Stomatitis blennorrhoica 240.
Strahlen. Über die Wirkung weicher (Schultz) 298.
Streptokokkeninfektionen im Verlaufe der Schwangerschaft usw. Über die (Guichardon) 685.
Streptotrichosis 711.
Striae cutis distensae. Fall von (Little) 445.
Strichförmigen Hautkrankheiten. Zur Kenntnis der (Cronquist) 178.
Strichförmiger Hauterkrankung. Fall von (Friedländer) 439.
Striktur der Urethra bei einem Kranken mit Tuberkulose der Harnwege. Ein Fall von tuberkulöser (Constantinesco) 238.
Strikturen nicht blennorrhoischen Ursprungs. Zur Kasuistik der (Himmel) 653.
— Neue elektrolytische Instrumente zur Behandlung der Urethral- 238.
— Die Anwendung von Leitsonden bei gewissen Urethral- (Noguès) 681.
Strom bei bullösen Dermatosen. Der konstante (Peyri) 332.
Strophulus 366.
Styptol bei Pollutionen (Piersig) 96.
Sublimats. Über die hämolytische Wirkung des (Dohi) 385.
Surgery. Archives of (Hutchinson) 447.

Syphilis.

I. Erworbene Syphilis.

A. Allgemeiner Teil.

Autoreinfektion. Fall von syphilitischer (McDonagh) 28.
Blutbild bei Lues und Salvarsaninjektion. Zum (Dorn) 325.
Blutserums vom immunochemischen Standpunkt. Über einige Eigenschaften des syphilitischen (Elfer) 128.
Erythema nodosum bei Lues secundaria (Janson) 142.

Digitized by Google

Extragenitale Syphilis.
Extragenitalen Infektion mit Syphilis und der Heilung einer schweren Syphilis durch Salvarsan. Zur Kasuistik der (Heifetz) 606.
Primäraffekt am unteren Augenlide (Rollet u. Grand-Clément) 103.
— am äußeren Ohre (Massia) 104.
— auf der Zunge (Brault) 567.
Primäraffektes an der behaarten Kopfhaut. Zur Kenntnis des syphilitischen (Weiss) 104.
Schanker und die Bedeutung von Salvarsan zu Abortivkuren. Über extragenitalen (Miyazaki) 211.
— des Zahnfleisches (Gaucher, Lévy-Franckel u. Sikbal) 237.
Schankern durch Küssen. Eine Epidemie von Lippen- (Schamberg) 103.
Sklerosen. Zwei extragenitale (Jelzina) 318.
*Frührezidive. Über Pseudoreinfektionen und —. Veränderungen im Verlaufe der Syphilis nach intensiver Behandlung (v. Veress) 22, 62.
Hautreaktion zur Syphilisdiagnose. Einige vorläufige Experimente für eine (Schoenberg u. Burchill) 127.
*Intradermoreaktion. Über die Diagnose der Lues durch die (Fontana) 109.
Prophylaxe der Syphilis und die neueren Fortschritte der Syphilidologie. Die soziale (Bayet u. Malvoz) 103.
— Versuche über die Resorptionsfähigkeit einer Salvarsansalbe unter Berücksichtigung der Verwendungsmöglichkeit derselben zur Syphilis- (Walter) 513.
Pseudoprimäraffekt. Reinfectio syphilitica oder (Gutmann) 104.
*Pseudoreinfektionen und Frührezidive. Über —. Veränderungen im Verlaufe der Syphilis nach intensiver Behandlung (v. Veress) 22, 62.
Reinfectio (superinfectio) syphilitica. Ein Fall mehr von (Sainz de Aja) 36.
— syphilitica oder Pseudoprimäraffekt (Gutmann) 104.
— — Über einen Fall von (Fabry) 104.
— — nach Salvarsanbehandlung. Ein Fall von (Swerew) 546.
*Reinfektion. Zur Frage der syphilitischen (Bettmann) 21.
— Ein Fall von syphilitischer (Morelle) 231.
— vortäuschen können. Über Sklerogummi, welche eine (Oksenow) 381.
*— und Solitärsekundäraffekt nach Salvarsanbehandlung (Hanacek) 189.
— nach Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber (Brocq u. Fernet) 234.
Reinfektion mit Syphilis bei zwei durch Salvarsan geheilten Kranken (Jeanselme u. Vernes) 234.
— eines alten Syphilitikers nach der Behandlung mit Salvarsan. Syphilitische (Melun) 532.
— nach Salvarsan. Ein Fall von (Klausner) 546.
— nach Salvarsanbehandlung. Ein neuer Fall von (Duhot) 546.
Rezidiv in situ. Ein eigentümliches Rezidiv der Syphilis (Audry) 730.
Rezidive nach Salvarsan und die Frage der Dosierung. Die (Leredde) 727.
Schanker der Harnröhre beim Manne (Whitney) 104.
— beim Kinde. Über den syphilitischen (Manne) 103.
— vortäuschte. Lymphadenom der Tonsille, das einen syphilitischen (Renault u. Cain) 728.
Sklerosen am Penis. Zwanzig syphilitische —. Autoinokulation, durch Krätze begünstigt (Gaucher u. Bricout) 234.
*Solitärsekundäraffekt nach Salvarsanbehandlung. Reinfektion und (Hanacek) 189.
Spätrezidive der sekundären Syphilis. Über spirochätenhaltige (Pinkus) 324.
(Superinfectio) syphilitica. Ein Fall mehr von Reinfectio (Sainz de Aja) 36.
Syphilidophobie (Scheuer) 231.
Syphilin 109 ff.
Syphilis in der prähistorischen Zeit. Die (Raymond) 102.
— im Norden. Beitrag zur frühesten Geschichte der (Groen) 179.
— und der Tuberkulose. Das Alter der Lepra, der (Zambaco) 324.
— in der internationalen Hygieneausstellung zu Dresden. Die (Leibkind) 102.
— Fall von (Shillitoe) 327.
— Ammenvermittlung, Säuglingsfürsorge und (Manchot) 103.
— Die Laboratoriumsdiagnose der (Schmitt) 107.
— Gegenwärtiger Stand der Diagnose und Behandlung der (Leonard) 69.
— Spirochaeta pallida und die Diagnose der (Thibierge, Ravaut und Le Sourd) 107.
Syphilisdiagnose und die Wassermannsche Reaktion. Die (Campa) 294.
— Praktische Anleitung zur (Mulzer) 264.
Syphilis. Die Frühdiagnose der (Steiner) 467.
— d'emblée. Ein Fall von (Covisa) 103.
— Die tierexperimentelle Syphilisforschung und ihre Bedeutung für die Erkennung und Behandlung der (Mulzer) 527.

Digitized by Google

Syphilis acquisita bei Erwachsenen. Hämatologische Untersuchungen über (Mansillon) 152.
— innocentium (Bangs) 678.
— Beitrag zum Studium der latenten —, Psoriasis guttata, durch spezifische Behandlung geheilt (Pied) 380.
— Die Krankheiten der Mundhöhle und der oberen Luftwege bei Dermatosen mit Berücksichtigung der Differentialdiagnose gegenüber der (Trautmann) 126.
— Über den Sitz der primären Invasion der (Hallopeau) 103.
— Die —. Das Salvarsan (Rühl) 382.
— nach Anwendung von Salvarsan. Über Abweichungen im Verlaufe der (Desneux u. Dujardin) 545.
— nach Salvarsaninjektionen. Über das Vorkommen spätluetischer Erscheinungen im Frühstadium der (Wehner) 545.
— Über einige durch Salvarsanbehandlung bedingte Eigentümlichkeiten kutaner (Oppenheim) 546.
— Zur Statistik der tertiären (Meschtscherski) 183.
— und Tätowierung. Beitrag zur Frage (Bernheim u. Glueck) 597; (Holland) 180.
— u. Lungentuberkulose (Babcock) 102.
— vergesellschaftet. Tuberkulose mit (Derscheid) 217.
Syphilispatientin. Lupus vulgaris bei einer (Sequeira) 326.
Syphilitischen Symptomenkomplex. Über einen (Mollard, Favre und Dufourt) 105.

B. Ätiologie.

Spirochaeta pallida im Gewebe bei primärer und sekundärer Syphilis. Untersuchungen über die (Tièche) 324.
— — und die Diagnose der Syphilis (Thibierge, Ravaut u. Le Sourd) 107.
— — nebst Bemerkungen über die wirksamste Bekämpfung der Syphilis. Diagnostische und therapeutische Bedeutung der (Hoffmann) 609.
— — Die Geißel der (Levaditi) 42.
— der wahre Erreger der Syphilis? Ist die (de Lisle) 264.
— pallida. Züchtung von (Boas) 293.
— — Kulturimpfungen nebst Bemerkungen über die Wassermannsche Reaktion beim Kaninchen. Über (Sowade) 42.
— — Syphilitische Orchitis beim Kaninchen, hervorgerufen durch Reinkulturen von (Noguchi) 105.
Spirochäte und experimentelle Syphilis. Schaudinns (Thibierge, Ravaut u. Burnet) 106.
Spirochäten bei sekundärer Syphilis. Gewebsaffinität der (Sezary) 107.
— in einem Gumma (Gaucher und Paris) 235.
— Färbung. Neue einfache und schnelle Methoden der (Steinhaus) 41.
Spirochätenfund bei tertiärer Syphilis der Niere mit amyloider Degeneration (Faroy) 213.
Spirochätenkulturen aus einem syphilitischen Primäraffekt. Über (Tomasczewski) 440.
Syphiliserreger. Tiersyphilis und (Hoffmann) 105.
Syphiliserregers nebst Bemerkungen über seine Stellung im System. Über die Benennung des (Hoffmann) 42.
Treponema pallidum. Kultur des pathogenen (Noguchi) 41.
— — Der Einfluß von Salvarsan auf das (Balfour) 42.

C. Experimentelle Syphilis.

Affen mit maligner Syphilis. Über Impfungen an (Tomasczewski) 105.
Kaninchen. Neue Syphilisübertragungen auf (Kolle) 105.
— Über die experimentelle Syphilis bei (Liebermann) 320.
— Hodensyphilis beim (Ossola)
— Über Spirochaeta pallida-Kulturimpfungen nebst Bemerkungen über die Wassermannsche Reaktion beim (Sowade) 42.
— hervorgerufen durch Reinkulturen von Spirochaeta pallida. Syphilitische Orchitis beim (Noguchi) 105.
Kaninchensyphilis. Wassermannsche Reaktion und experimentelle (Blumenthal) 106.
— und der brasilianischen Spirillose. Über die merkurielle Behandlung der experimentellen (Lannoy u. Levaditi) 106.
Syphilis. Schaudinns Spirochäte und experimentelle (Thibierge, Ravaut u. Burnet) 106.
Syphilisforschung und ihre Bedeutung für die Erkennung und Behandlung der Syphilis. Die tierexperimentelle (Mulzer) 527.
Tiere. Die experimentelle Übertragung der Syphilis auf (Frank) 105.
Tiersyphilis. Syphiliserreger und (Hoffmann) 105.

Digitized by Google

D. Serodiagnostik.

v. Dungern. Zur vereinfachten Serumreaktion von Wassermann nach (de Ridder u. Marzorati) 155.
v. Dungernsche Modifikation der Wassermannschen Methode der Serodiagnose der Syphilis. Die Noguchi- (Steinhaus) 155.
Karvonen. Über die Brauchbarkeit der Syphilisreaktion nach (Siebert und Mironescu) 157.
Komplementfixation bei Syphilis. Eine einfache Technik zur Ausführung der (Fleming u. Ellmenger) 157.
Meiostagminreaktion bei Syphilis. Beitrag zum Studium (Sensini) 145.
Noguchi. Der praktische Wert der Methode von (Robinson) 155.
— v. Dungernsche Modifikation der Wassermannschen Methode der Serodiagnose der Syphilis. Die (Steinhaus) 155.
Porges zur Diagnose der Syphilis. Beitrag zur Kenntnis der Reaktion von (Lhuissier) 155.
Präzipitationsreaktion von Kuorin. Über die Bedeutung der (Kuboyama und Baba) 211.
Serodiagnose der Syphilis nach Jacobsthal. Ein Beitrag zur optischen (Kron) 155.
— der Syphilis nach den im Institut Pasteur im Jahre 1910—1911 verzeichneten Ergebnissen. Die (Levaditi u. Latapie) 156.
Serodiagnostik der Syphilis. Über (Seiffert) 128.
— der Syphilis. Die (Altmann) 230.
Serologische Untersuchungen bei Tuberkulose und Syphilis. Vergleichende (Müller u. Süß) 273.
Serumreaktion bei Syphilis in der forensischen Praxis. Die (Ledermann) 128.
Wassermann bei Syphilis. Der Einfluß des Alkohols auf die Reaktion nach (Craig u. Nichols) 154.
Wassermannreaktion. Die Wirkung des Enesols auf metaluetische Nervenerkrankungen und die (Frey) 216.
Wassermannsche Reaktion. Die (Schoenrich) 69; (Huteau) 129.
— — Über die (Leredde u. Rubinstein) 130.
— — und ihre klinische Bewertung. Die (Hoag) 129.
— — im Lichte der Fermenttheorie der Immunität. Die Syphilis und die (Goss) 131.
— — bei nichtsyphilitischem Serum und über Lezithin als Antigen. Über die (Calcaterra) 150.
Wassermannsche Reaktion bei Krankheiten der Nase und des Rachens. Die (Weinstein) 70.
— — Die Syphilisdiagnose und die (Campa) 294.
— — bei Syphilis. Der Einfluß der Therapie auf die (Watson und Reasoner) 131.
— — Syphilistherapie und (Gougerot u. Parent) 144, 329.
— — Antisyphilitische Therapie und (Gougerot u. Parent) 532, 601.
— — Über den Einfluß der Jodkaliumbehandlung auf die (Biszozero) 151.
— — Eine Studie von 50 mit Salvarsan behandelten Syphilisfällen, mit spezieller Hinsicht auf das klinische Resultat und die (Wolbarst) 506.
— — beim Kaninchen. Über Spirochaeta pallida-Kulturimpfungen nebst Bemerkungen über die (Sowade) 42.
— — und experimentelle Kaninchensyphilis (Blumenthal) 106.
— — s. Medizinalbeamten.
Wassermannsche Reaktionen. Ein Resümee über 100 (Roddy) 129.
Wassermannschen Reaktion für die Therapie der Syphilis, besonders der Spätformen. Die praktische Bedeutung der (Plehn) 130.
— — für die Therapie der Syphilis. Die Bedeutung der (Citron) 150.
— — mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Indikationen. Bedeutung und Wert der (Malinowski) 446.
— — Die Prinzipien und die Technik der (Gillmann) 130.
— — mit nicht inaktiviertem Serum. Nachprüfung der nach Angabe Müllers und Landsteiners modifizierten Methodik der (Epstein u. Deutsch) 154.
— — Die Bedeutung der Herzextrakte für den heutigen Stand der (Lange) 325.
— — Eine technische Frage der (Paris u. Desmoulière) 412.
— — bei Lues, Tabes dorsalis und progressiver Paralyse. Die praktische Verwertbarkeit der (Wischer) 131.
— — für die neurologische Diagnostik. Die Vorteile der Verwendung größerer Liquormengen (Auswertungsmethode) bei der (Hauptmann) 150.
— — in der Rhinologie. Über die Bedeutung der (Strandberg) 131.
— — Praktischer Wert der (Kon) 130.
— — Studien über das Wesen der (Schmidt) 128.

Digitized by Google

Wassermannschen Reaktion. Syphilisrezidive trotz dreimaliger Salvarsaninjektion und trotz Negativwerden der (Du Bois) 235.
— — durch die Salvarsanbehandlung. Die Beeinflussung der (Duhot) 501.
— — Die Salvarsaninjektion als Kontrolle der (Duhot) 511.
— — und des Salvarsans. Der Wert der (Keidel u. Geraghty) 626.

E. Syphilis der Eingeweide.

Abdominaler Syphilis. Ein Fall von (Godart-Danhieux) 157.
Blase. Zur Frage der Syphilis der (Pereschiwkin) 95.
— Die syphilitischen Erkrankungen der Harn- (Asch) 93.
— und der oberen Harnwege. Die Syphilis der Harn- (Michailow) 213.
Blutungen syphilitischen Ursprungs. Über uterine (Jaworski) 159.
Darmharnfisteln. Die syphilitische Natur mancher (Delbet) 188.
Eingeweide. Syphilis der (Billings) 188.
Gaumens. Gumma des —, Zerstörung des harten Gaumens. Erfolglosigkeit des Quecksilbers, Heilung durch Salvarsan (Leredde) 236.
Glykosurie. Syphilitische 513.
Ikterus während der Behandlung mit Hektin. Über einen Fall von schwerem syphilitischen —. Heilung durch Salvarsan (Duhot) 216.
Larynx mit Salvarsan behandelt. Schwere tertiäre Syphilis des (Hicguet) 578.
Leber. Gummata beim Erwachsenen. Syphilitische (Fichot) 213.
Leberlues. Über einen interessanten Fall von tertiärer (Günther) 213.
Lippenschankern durch Küssen. Eine Epidemie von (Schamberg) 103.
Luftwege. Über syphilitische Erscheinungen im Bereiche der oberen (Hutter) 151.
— Kasuistik der Salvarsanwirkung bei Lues der oberen (Chiari) 578.
— Die Wirkung des Salvarsans auf Syphilis der oberen usw. (Gerber) 578.
Lungensyphilis (Stanley) 152.
— beim Erwachsenen. Die (Massia) 152.
— Chronische Pneumonie (nebst einer Besprechung von zwei Fällen von (Milne) 151.
Magensyphilis. Die (Mathieu) 154; (Lion) 187.
Magens. Syphilis des (Galliard) 187.
Mastitis gummosa, Brustdrüsenkrebs vortäuschend (Pied) 233.
Nase und der Nasenhöhlen ein Jahr nach dem Primäraffekt. Syphilitische Zerstörung der (Gaucher, Gougerot u. Bricout) 236.
Nephritis bei sekundärer Syphilis (Cameron) 188.
— Ein Fall von sekundärer luetischer (Garzia del Mazo) 209.
— Ein letaler Fall von sekundär syphilitischer (Hall u. Beattie) 212.
— und Salvarsan. Syphilis, (Gouget) 579.
Niere mit amyloider Degeneration. Spirochätenfund bei tertiärer Syphilis der (Faroy) 213.
Nierenerkrankungen. Die klinisch serologische Diagnose der luetischen (Bauer) 188.
Nierensyphilis. Anatomisch und histologische Untersuchung eines Falles von tertiärer (Cailliau) 213.
Skrotums (Lymphangitis). Fall von syphilitischer Elephantiasis des (Donagh) 326.
Strumitis auf luetischer Basis. Über zwei Fälle von (Schuster) 159 (bis).
Thyreoiditis. Tertiäre syphilitische (Coulon) 600.
Urethra. Die Syphilis der (Baye) 238.
Zahnfleisches. Schanker des (Gaucher, Lévy-Franckel u. Sikbal) 237.
Zunge. Primäraffekt auf der (Brault) 567.
Zungensyphilis. Die (Seguinot) 160.

F. Syphilis der Haut und deren Anhangsgebilde.

Alopecia areata bei einem Syphilitiker (Sequeira) 30.
Anorektalgegend. Syphilis der (Adler) 187.
Atrophie bei einem syphilitischen Patienten. Makulare (Adamson) 28.
Gumma vortäuschend. Ulzeriertes Lymphadenom des Halses, ein (Milian) 233.
— Spirochäten in einem (Gaucher und Paris) 235.
Gummata. Zwei ungewöhnlich große syphilitische (Goldbach) 31.
Gummi und Sarkom. Einige Beobachtungen über die feinere Struktur der Riesenzellen in (Wakabayashi) 41.
Gummöse und verruköse Hauterscheinungen, die der Syphilis und der Tuberkulose ähneln (Pautrier, Belot u. Richou) 563.
Kopfhaut. Zur Kenntnis des syphilitischen Primäraffektes an der behaarten (Weiss) 104.
Leukoderma syphiliticum mit zentraler Atrophie (McDonagh) 598.

Digitized by Google

Onychia sicca syphilitica im Verein mit universeller Alopezie (Typus der Alopecia areata) (Adamson) 207.
*Papeln an den Genitalien eines Weibes fast 24 Jahre nach der Infektion (+ Spirochaete pallida, + Wassermann). Tardive syphilitische erosive (Nielsen) 86.
Roseola tertiaria 438.
Sklerogummi, welche eine Reinfektion vortäuschen können. Über (Oksenow) 381.
Syphilid. Fall von corymbiformem (Shillitoe) 30.
— Universelles kleinlichenoides (Shillitoe) 327.
— Stark entwickeltes großpapulöses (Jelzina) 318.
— Papulöses (Morosoff) 318.
— mit Salvarsan behandelt. Ulzero-gummöses (Edington u. Browning) 603.
Syphilids, klinisch eine multiple gummöse Sporotrichose vortäuschend. Eigenartiger Fall eines erythematösknotigen Spät- (Verrotti) 144.
Syphilide, einen Lupus erythematosus vortäuschend. Papulo-squamöse (Gaucher, Gougerot u. Croissant) 234.
— und ihre Beziehung zur Psoriasis und Parapsoriasis. Papulo squamöse (Ravogli) 321.
— durch Salvarsan. Die histologischen Veränderungen der Haut (Lier) 707.
Syphiloma hypertrophicum diffusum. Ein Fall von (Bindermann) 157.
Syphilis gummosa serpiginosa regionis genitalis et pubis (Morosoff) 442, 465.
— maligna cutanea und Pseudoparalyse (Gaucher, Salin u. Bricout) 566.
— und Psoriasis (Balzer u. Condat) 566.
— psoriatiformis Fournier 318.
— und der Tuberkulose ähneln. Gummöse und verruköse Hauterscheinungen, die der (Pautrier, Belot und Richou) 565.
Syphilitisches Exanthem auf psoriatischer Grundlage (Ledermann) 157.

G. Syphilis der Blut- und Lymphgefäße.

Aorta bei Syphilitikern. Über die Arteriosklerose der (Stein) 318.
Aortitis. Beiträge zur pathologischen Histologie, Genese und Ätiologie der Doehle-Hellerschen (Eich) 152.
— syphilitica. Eigenartiger Befund bei Aorteninsuffizienz infolge von (Koch) 153.
Aortitis syphilitica 543.
Arteriitis syphilitica. Über knötchenförmige syphilitische Leptomeningitis und über (Beitzke) 163.
— mit Gangrän bei einem Syphilitiker. Ein Fall von (Morelle) 232.
Arteriosklerose in ihren Beziehungen zur Syphilis. Die (Campana) 153.
— der Aorta bei Syphilitikern. Über die (Stein) 318.
— des Herzens und der Aorta ist oft nur Syphilis. Die (Fiessinger) 153.
Gangrän bei einem Syphilitiker. Ein Fall von Arteriitis mit (Morelle) 232.
Gefäßerkrankung. Bioptisches Studium der meningitischen (Ravaut) 153.
Gefäßerkrankungen. Über die Salvarsanbehandlung syphilitischer Herz- und (Weintraud) 542.
Herz- und Gefäßerkrankungen. Über die Salvarsanbehandlung syphilitischer (Weintraud) 542.
Herzens als Indikation und als Kontraindikation für die Behandlung mit Salvarsan. Über die syphilitischen Erkrankungen des (Breitmann) 541, 542.
— und der Aorta. Latente Syphilis des (Pied) 152.
— — — — Über die Syphilis des (Schmincke) 152.
— — — — ist oft nur Syphilis. Die Arteriosklerose des (Fiessinger) 153.
Venensyphilis mit besonderer Berücksichtigung der Phlebitis syphilitica praecox der oberflächlichen Extremitätenvenen. Über die (Gaillard) 154.

H. Syphilis der Knochen und Gelenke.

Articulatio tibio-femoralis. Ein einzelner Fall von außergewöhnlicher gummöser Infiltration der — usw. Gutes Resultat mit Salvarsan (Mendozzi) 603.
Malum Potti syphiliticum 161.
Osteoperiostitis der Zervikalwirbel; Pottsche Krankheit syphilitischen Ursprungs; rechtsseitige Hemiplegie; Heilung (Gaucher, Gougerot und Thibaut) 329.
Schädel aus Südamerika. Ein syphilitischer (Hansemann) 102.
Spina ventosa syphilitica 161.
Talalgie syphilitischen Ursprungs. Ein Fall von (Covisa) 162.

I. Syphilis des Nervensystems.

Cerebelli. Zur Kasuistik der Lues (Gundoroff) 318.
Cerebri. Beiträge zur Kenntnis des Korsakoffschen Symptomenkomplexes bei Lues (Stepanoff) 162.

Digitized by Google

Gehirns mit Salvarsan. Zur Frage der Behandlung der Syphilis des (Moltschanow) 632.
Hemiplegie usw. Rechtsseitige (Gaucher, Gougerot u. Thibaut) 329.
— nach Salvarsaneinspritzung bei Gumma des Rückenmarks. Tödliche (Hoffmann) 606.
Leptomeningitis und über Arteriitis syphilitica. Über knötchenförmige syphilitische (Beitzke) 163.
Medullarsyphilis. Ein merkwürdiger Fall von (Covisa) 209.
Meningeale Spätsymptome bei einem mit Salvarsan und Quecksilber behandelten Syphilitiker (Fage u. Ettinger) 565.
Meningitis. Die akute syphilitische (Miriel) 163.
— parasyphilitica. Die —. Pathogenese der Tabes (Sézary) 164.
— spinalis syphilitica 604.
— syphilitica. Akute und subakute (Goujat) 163.
Metaluetische Nervenerkrankungen und die Wassermann-Reaktion. Die Wirkung des Enesols auf (Frey) 216.
Metasyphilitischen Krankheiten des Zentralnervensystems. Die Erfolge der spezifischen Behandlung der (Fidelholz) 163.
— Erkrankungen des Auges usw. Vorläufiger Bericht über die Wirkung des Salvarsans bei syphilitischen und (Rosenbaum) 576.
Nervenerkrankung durch Syphilis in der Zeit vor Anwendung des Salvarsans usw. (Zeissl) 569.
Nervenerkrankungen und die Wassermann-Reaktion. Die Wirkung des Enesols auf metaluetische (Frey) 216.
Nervensystems. Spätlues des —, s. Salvarsan.
Nervensyphilis. Über die Schwankungen im Verlaufe der (Benario) 162; siehe Salvarsan.
Nervus facialis. Spezifische Erkrankung des (Morosoff) 319.
Neurorezidive s. Salvarsan.
Neurosyphilid. Rezentes (Sowinsky) 318.
Okulomotoriuslähmung s. Syphilis I K.
Paralyse, progressive, diffuse Zerebralsyphilis oder arteriosklerotische Psychose (Ladame) 185; (Preisig) 185.
— Beitrag zur Statistik, Ätiologie und Symptomatologie der progressiven (Süssmann) 185.
Paralyse- und Tabesfrühfälle im Gefolge akquirierter Syphilis. Über allgemeine (Passenaud) 185.
Paralyse, progressive, s. Wassermannschen Reaktion.
Paralytikern. Untersuchungen an Kindern und Ehegatten von (Plaut und Göring) 185.
Parasyphilis s. Salvarsan.
Poliomyelitis anterior luetica beim Erwachsenen. Zwei Fälle von (Zadik) 186.
Polyneuritis? Gibt es eine syphilitische (Démanche u. Ménard) 186.
— Die syphilitische (Ménard) 186.
Prätabiker. Meralgia anaesthetica bei einem (de Azúa) 210.
Pseudoparalyse. Syphilis maligna cutanea und (Gaucher, Salin u. Bricout) 566.
Rückenmarks. Tödliche Hemiplegie nach Salvarsaneinspritzung bei Gumma des (Hoffmann) 606.
Spinaler Erkrankung usw. Über einen Todesfall nach Behandlung mit Salvarsan bei (Westphal) 604.
Spinalflüssigkeit bei Syphilitikern, die mit Salvarsan behandelt wurden. Untersuchungen der (Lévy-Bing, Duroeux u. Dogny) 532.
Syphilis, diphtherische Lähmung, Herpes velo-palatinus (Gastinel und Pelissier) 186.
Tabes. Die Ätiologie der (Strümpell) 164.
— Pathogenese der —. Die Meningitis parasyphilitica (Sezary) 164.
— und Muskelatrophie. Ein Fall von (Hunt) 164.
— dorsalis. Über Trichopilarmuskelkrisen bei (Neumann) 76.
Tabesfrühfälle im Gefolge akquirierter Syphilis. Über allgemeine Paralyse- und (Passenaud) 185.
— s. Salvarsan, Wassermannschen Reaktion.
Zentralnervensystems. Die Erfolge der spezifischen Behandlung der metasyphilitischen Krankheiten des (Fidelholz) 163.
Zerebralsyphilis oder arteriosklerotische Psychose. Progressive Paralyse, diffuse (Ladame) 185; (Preisig) 185.

K. Syphilis der Sinnesorgane.

Akustikus. Fall von syphilitischer Affektion des (McDonagh) 29.
Augenhintergrund-Erkrankungen bei erworbener Syphilis. Über die (Suter) 158.
Augenlide. Primäraffekt am unteren (Rollet u. Grand-Clément) 103.
Augenveränderungen. Syphilitische —, s. Salvarsan.
Auges. Salvarsan und Quecksilber bei Syphilis des (Vandergrift) 69.

Digitized by Google

Auges bzw. auf die gesunden Augen Syphilitischer. Vorläufiger Bericht über die Wirkung des Salvarsans bei syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des (Rosenbaum) 576.
Bulbäre Blutung auf luetischer Basis (Reuter) 163.
Gehörorgans. Syphilis des (Voorhus) 677.
Iris. Gumma der (Dubreuil) 158.
Iritis luetica. Mit Salvarsan behandelte (Grosz) 574.
Ohrerkrankungen im Verlaufe der Behandlung der Syphilis mit organischen Arsenpräparaten (Gaucher u. Guggenheim) 572.
Ohre. Primäraffekt am äußeren (Massia) 104.
Ohres. Syphilis und Erkrankungen des (Fowler) 677.
Okulomotoriuslähmung. Hervorragender Erfolg mit Salvarsan bei einer syphilitischen (Grand-Clément) 574.
Retinitis exsudativa syphilitica 577.

L. Therapie.

Abortierung der Syphilis. Zur Frage der (Meschtscherski) 186.
Abortivbehandlung der Syphilis. Zur (Hallopeau) 144; (Moutot) 144.
— — — mittels lokaler Hektininjektionen in Kombination mit allgemeiner Jod-Quecksilberbehandlung. Zwei neue Mißerfolge der (Augagneur) 145.
— — — mittels Exzision, Salvarsan und Quecksilber. Die bisherigen Ergebnisse der (Hecht) 504.
— mit Salvarsan. Zur Frage der (Stern) 632.
Abortive und kurative Behandlung der Syphilis mit Hektin. Neue Mitteilungen über die (Hallopeau) 216.
Abortiven Behandlung der Syphilis nach Hallopeau halten? Was soll man von der sogenannten (Queyrat) 410.
Abortivkuren. Über extragenitalen Schanker und die Bedeutung von Salvarsan zu (Miyazaki) 211.
— mit Kalomel und Salvarsan usw. Eigene Erfahrungen über (Müller) 606.
Anogon 514.
Arrhenal. Behandlung der Syphilis mit (Poirier) 232.
Arrhenaldosen zu behandeln. Versuche, die Syphilis mit hohen (Poirier) 261.
Arsenpräparaten. Ohrerkrankungen im Verlaufe der Behandlung der Syphilis mit organischen (Gaucher u. Guggenheim) 572.
Arsenikverbindung zur Behandlung der Syphilis (Hydrarsan). Noch eine (Mc Walter) 627.
Asurol. Zur Behandlung der Syphilis mit (Bäumer) 216.
Asurols, eines neuen löslichen Quecksilberpräparates. Über die Wirkung des (Ijiri) 531.
Atoxyl und atoxylsaures Quecksilber in der Behandlung der Syphilis (Boethke) 217.
Behandlung der Syphilis. Gegenwärtiger Stand d. Diagnose und (Leonard) 69.
— — — Die tierexperimentelle Syphilisforschung und ihre Bedeutung für die Erkennung und (Mulzer) 527.
— Die moderne Syphilis- (Lacapere) 264.
Behandlungen. Die spezifischen (Calvo) 37.
Bekämpfung der Syphilis. Diagnostische und therapeutische Bedeutung der Spirochaeta pallida nebst Bemerkungen über die wirksamste (Hoffmann) 609.
Dioxydiamidoarsenobenzol. Die Behandlung der Syphilis mit (Wechselmann) 682; s. Salvarsan.
Enesols auf metaluetische Nervenerkrankungen und die Wassermann-Reaktion. Die Wirkung des (Frey) 216.
Exzision, Salvarsan und Quecksilber. Die bisherigen Ergebnisse der Abortivbehandlung der Syphilis mittels (Hecht) 504.
Hektargyr. Beitrag zum Studium der Syphilisbehandlung mit Hektin und (Dives) 216.
— in der Behandlung der Syphilis. Das Hektin und (Schoull) 216.
Hektin. Über die lokale Behandlung syphilitischer Manifestationen, besonders mittels (Hallopeau) 179.
— und Hektargyr. Beitrag zum Studium der Syphilisbehandlung mit (Dives) 216.
— und Hektargyr in der Behandlung der Syphilis. Das (Schoull) 216.
— Neue Mitteilungen über die abortive und kurative Behandlung der Syphilis mit (Hallopeau) 216.
— Über einen Fall von schwerem syphilitischen Ikterus während der Behandlung mit —. Heilung durch Salvarsan (Duhot) 216.
— Seh- u. Hörstörungen nach Gebrauch von (Ballet u. Hischmann) 383.
— s. Abortivbehandlung der Syphilis.
Hektins; Vorsichtsmaßregeln zur Konservierung der Ampullen und Lösungen. Dosierung u. Kontraindikationen des (Balzer) 383.
— für den Nervus acusticus. Die Schädlichkeit des (Duhot) 383.
Hermesoline. Behandlung der Syphilis

Digitized by Google

mit intramuskulären Injektionen von (Mirovitch) 566.
Hydrarsan 627.
Jodipin. Behandlung der tertiären Syphilis mit (Filarétopoulo) 216.
Jodival in der Luestherapie (Bayer) 186.
Jodkalium in bezug auf ihre antisyphilitische Wirkung. Ein experimenteller Vergleich zwischen Salvarsan, Quecksilber und (McIntosh u. Fildes) 610.
— s. Wassermannsche Reaktion.
Jod-Quecksilberbehandlung s. Abortivbehandlung der Syphilis.
Joha und Quecksilber. Die kombinierte Behandlung der Syphilis mit (Schindler) 187.
Kalomel und Salvarsan usw. Eigene Erfahrungen über Abortivkuren mit (Müller) 606.
Multimerkurielle Behandlung. Syphilopyodermitis der Nase und schwere ulzeröse Keratitis interstitialis, geheilt durch überintensive (Lebar) 151.
Öl. Graues 37.
Quecksilberinjektionen in der Behandlung der Syphilis. Subkutane (Bieberbach) 215.
Quecksilber in der Behandlung der Syphilis. Atoxyl und atoxylsaures (Boethke) 217.
— Die kombinierte Behandlung der Syphilis mit Joha und (Schindler) 187.
— ersetzen? Kann Salvarsan das (Dreuw) 610.
— Die bisherigen Ergebnisse der Abortivbehandlung der Syphilis mittels Exzision, Salvarsan und (Hecht) 504.
— zur Behandlung von Syphilis. Salvarsan und (French) 610.
— und Jodkalium in bezug auf ihre antisyphilitische Wirkung. Ein experimenteller Vergleich zwischen (McIntosh u. Fildes) 610.
— behandelten Syphilitiker. Meningeale Spätsymptome bei einem mit Salvarsan und (Fage u. Ettinger) 565.
— Schwere nervöse Störungen nach Behandlung mit Salvarsan und (Sulzer, Fage, Richou u. Ettinger) 235.
— Reinfektion nach Behandlung mit Salvarsan und (Brocq u. Fernet) 234.
Quecksilberbehandlung bei Syphilis nach Salvarsaninjektionen (Eisenstaedt) 610.
— — — Über die Erfolge der kombinierten Salvarsan- (Scholtz) 609.
*— der Syphilis. Über die kombinierte Salvarsan- (Scholtz u. Riebes) 693.
— Über Neurorezidive nach Salvarsan- und (Benario) 146.
Quecksilber-Salvarsanbehandlung der Syphilis. Über die kombinierte (Loewenberg) 609.
Quecksilberpräparaten bei intramuskulären Injektionen. Über Resorption von (Lombardo) 145.
Quecksilbers. Erfolglosigkeit des —, Heilung durch Salvarsan. Gumma des Gaumens, Zerstörung des harten Gaumens (Leredde) 236.
Salvarsan. Das —. Die Syphilis (Rühl) 382.
— bei Syphilis (Ballenger) 633; (Marshall) 635; (Evans) 655.
— — — Weitere Versuche mit (Goldenberg u. Kaliski) 636.
— auf das Treponema pallidum. Der Einfluß von (Balfour) 42.
— zu Abortivkuren. Über extragenitalen Schanker und die Bedeutung von (Miyazaki) 211.
— Zur Frage der Abortivbehandlung der Lues mit (Stern) 632.
— sowie über Neurorezidive. Eigene Erfahrungen über Abortivkuren mit Kalomel und (Müller) 606.
— Über Abweichungen im Verlaufe der Syphilis nach Anwendung von (Desneux u. Dujardin) 545.
— Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit (Balzer u. Godlewsky) 234.
— Behandlung der Syphilis mit (Lesseliers) 654; (Bayet) 262; (Stopford u. MacKenna) 634; (Bayet, Dujardin u. Desneux) 655; (Browning u. Mackenzie) 627; (Hoffmann) 633.
— bei der Behandlung der frischen Syphilis? Was leistet das (Blaschko) 627.
— Einige Bemerkungen zur Behandlung der Syphilis mit (Blumenthal) 655.
— Tatsachen und Täuschungen bei der Behandlung der Syphilis mit (Boehm) 631.
— Betrachtungen über die Behandlung der Syphilis mit (Bonnet) 655.
— Einige Beobachtungen über die Behandlung der Syphilis mit (Duhot) 655.
— Die interne Behandlung der Syphilis mit (Fournier, Guénot und Renault) 236.
— Für die Syphilisbehandlung mit (Hasegawa) 655.
— Der augenblickliche Stand der Syphilisbehandlung mit (Heidingsfeld) 507.
— behandelte Syphilisfälle. 200 mit (Petersen u. Kolpaktschi) 507.
— in kleinen Dosen. Zur Behandlung der Syphilis mit (Kopytowski) 408.

Digitized by Google

Salvarsan usw. Beobachtungen über die Syphilisbehandlung mit (Ljetnik) 653.
— in der Behandlung der Syphilis und anderer Krankheiten. Amerikanische Erfahrungen mit (Meyers) 507.
— in der Behandlung der Syphilis. Das (Pappagallo) 35.
— Resultate längerer klinischer Beobachtungen über die Behandlung der Syphilis mit (Pawlow) 444.
— usw. Neuerliche Bemerkungen zur Behandlung der Syphilis mit (Zeissl) 569.
— behandelte Luesfälle. Einige interessante —. Wie sollen wir die Syphilis jetzt behandeln? (Zeissl) 632.
— behandelten Syphiliskranken. Über Erfahrungen bei 1900 mit (Zimmern) 506.
Salvarsanbehandlung der Syphilis. Kurze Übersicht über die (Lydston) 507.
— der Syphilis. Die (Mucha) 634; (Broustal) 655; (Camous) 633.
— — — und ihre Dauererfolge (Scholtz) 633.
— der Syphilis. Beitrag zur (Favento) 654.
— — — Über die Wahl der Methode in der (Duhot) 514.
— bei Syphilis. Erfahrungen aus unserem ersten Jahre (Peyri) 466.
— bedingte Eigentümlichkeiten kutaner Syphilis. Über einige durch (Oppenheim) 546.
Salvarsandosen. Zur ambulanten Behandlung der Syphilis mit kleinen (Simon) 632.
Salvarsaninjektion bei zweifelhafter Syphilis. Die Ziele einer ausreichenden Syphilisbehandlung und die provokatorische (Gennerich) 611.
— in der Behandlung der Syphilis usw. Methoden der stark verdünnten sauren intravenösen (Duhot) 514.
Salvarsaninjektionen. Fraktionierte Behandlung der Syphilis mit intravenösen (Sampelayo) 36.
*Salvarsanbehandlung. Reinfektion und Solitärsekundäraffekt nach (Hanacek) 189.
— Ein Fall von Reinfectio syphilitica nach (Swerew) 546.
— Ein neuer Fall von Reinfektion nach (Duhot) 546.
— Syphilitische Reinfektion eines alten Syphilitikers nach der Behandlung mit (Melun) 532.
— Ein Fall von Reinfektion nach (Klausner) 546.
— geheilten Kranken. Reinfektion mit Syphilis bei zwei durch (Jeanselme u. Vernes) 234.
Salvarsaninjektion. Zum Blutbild bei Lues und (Dorn) 325.
Salvarsanheilung der Syphilis. Die Beständigkeit der (McIntosh u. Fildes) 635.
Salvarsan. Zur Kasuistik der extragenitalen Infektion mit Syphilis und der Heilung einer schweren Syphilis durch (Heifetz) 606.
Salvarsanbehandlung der Syphilis. Über die kombinierte Quecksilber- (Loewenberg) 609.
Salvarsaninjektionen. Quecksilberbehandlung bei Syphilis nach (Eisenstaedt) 610.
*Salvarsan-Quecksilberbehandlung der Syphilis. Über die kombinierte (Scholtz u. Riebes) 693.
— bei Syphilis. Über die Erfolge der kombinierten (Scholtz) 609.
Salvarsan und Quecksilber. Die bisherigen Ergebnisse der Abortivbehandlung der Syphilis mittels Exzision (Hecht) 504.
— — — Reinfektion nach Behandlung mit (Brocq u. Fernet) 234.
— — — zur Behandlung von Syphilis (French) 610.
— Quecksilber und Jodkalium in bezug auf ihre antisyphilitische Wirkung. Ein experimenteller Vergleich zwischen (McIntosh u. Fildes) 610.
Salvarsaninjektion. Rezidiv usw. (Sampelayo) 37.
— und trotz Negativwerdens der Wassermannschen Reaktion. Syphilisrezidive trotz dreimaliger (Du Bois) 235.
Salvarsan und die Frage der Dosierung. Die Rezidive nach (Leredde) 727.
— Rezidiv nach (Rosenthal) 727.
Salvarsankuren bei einem Kranken mit Stigmen der hereditären Syphilis. Rezidivierende akquirierte Syphilis trotz wiederholter (Hudelo u. Jolivet) 236.
Salvarsansalbe unter Berücksichtigung der Verwendungsmöglichkeit derselben zur Syphilisprophylaxe. Versuche über die Resorptionsfähigkeit einer (Walter) 513.
Salvarsaninjektionen. Über das Vorkommen spätluetischer Erscheinungen im Frühstadium der Syphilis nach (Wehner) 545.
Salvarsans. Über moderne Syphilistherapie mit besonderer Berücksichtigung des (Neisser) 148.
— in der Syphilistherapie. Über den Wert des (Fleming u. Colebrook) 634.

Digitized by Google

Salvarsantherapie in Verbindung mit den bisherigen therapeutischen Methoden. Zur Syphilisbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der (Michelet) 634.
Salvarsan bei Syphilis. Beobachtungen über die Wirkung des (Schiele) 636; (Mrongowius) 634.
— Gutes Resultat mit —. Ein einzelner Fall von außergewöhnlicher gummöser Infiltration der Articulatio tibio-femoralis usw. (Mendozzi) 603.
Salvarsan? Sind syphilitische Augenveränderungen Indikationen oder Kontraindikationen für die Anwendung von (Heath) 678.
— und Quecksilber bei Syphilis d. Auges (Vandergrift) 69.
— bei syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Auges bzw. auf die gesunden Augen Syphilitischer. Vorläufiger Bericht über die Wirkung des (Rosenbaum) 576.
— behandelte Iritis luetica. Mit (Grosz) 574.
— bei einer syphilitischen Okulomotoriuslähmung. Hervorragender Erfolg mit (Grand-Clément) 574.
Salvarsans. Retinitis exsudativa syphilitica. Daten zur Heilwirkung des (Goldzieher) 577.
— auf das Blut der Luetiker. Zum Einfluß des (Wäwiorowski) 511.
Salvarsan. Gumma des Gaumens, Zerstörung des harten Gaumens. Erfolglosigkeit des Quecksilbers, Heilung durch (Leredde) 236.
— behandelt. Ein Fall von Brustgeschwulst und Aneurysma der Aorta descendens, mit (Reese Satterlee) 543.
— Über die syphilitischen Erkrankungen des Herzens als Indikation und als Kontraindikation für die Behandlung mit (Breitmann) 541, 542.
Salvarsanbehandlung syphilitischer Herz- und Gefäßerkrankungen. Über die (Weintraud) 542.
Salvarsans auf luetische Infiltrate. Beitrag zur Wirkung des (Krzysztalowicz) 603.
Salvarsanwirkung auf die syphilitischen Infiltrate. Beitrag zur Kenntnis der (Krzysztalowicz) 182.
Salvarsananwendung. Die Histologie der syphilitischen Infiltrate nach der (Krzysztalowicz) 446.
Salvarsan. Über einen Fall von schwerem syphilitischen Ikterus während der Behandlung mit Hektin. Heilung durch (Duhot) 216.
— Injektion von 0,6 —. Tertiäre Syphilis des Larynx (Hicguet) 151.
Salvarsan behandelt. Drei Fälle von Syphilis der oberen Luftwege, mit (Hicguet und Fallas) 151.
Salvarsanwirkung bei Lues der oberen Luftwege. Kasuistik der (Chiari) 578.
Salvarsans auf Syphilis der oberen Luftwege usw. Die Wirkung des (Gerber) 578.
Salvarsan. Syphilis, Nephritis und (Gouget) 579.
— Zur Frage der Behandlung der Syphilis des Gehirns mit (Moltschanow) 633.
— und Quecksilber behandelten Syphilitiker. Meningeale Spätsymptome bei einem mit (Fage u. Ettinger) 565.
Salvarsaninjektionen. Nervenerkrankungen bei Syphilitikern nach intravenösen (Lévy-Bing, Voisin u. Duroeux) 144.
Salvarsan. Behandlung der Nervensyphilis und Parasyphilis mit (Sicard u. Bloch) 162.
— bei spinaler Erkrankung usw. Über einen Todesfall nach Behandlung mit (Westphal) 604.
Salvarsaneinspritzung bei Gumma des Rückenmarks. Tödliche Hemiplegie nach (Hoffmann) 606.
Salvarsan behandelt wurden. Untersuchungen der Spinalflüssigkeit bei Syphilitikern, die mit (Lévy-Bing, Duroeux u. Dogny) 532.
— bei Tabes und Spätlues des Nervensystems (Williams) 678.
Salvarsaninjektionen. „Heilung" einer Tabes durch drei (Leredde) 729.
— Zerebrale Störungen durch Herxheimersche Reaktion nach zwei (Leredde u. Kuenemann) 728.
Salvarsan. Die Behandlung der syphilitischen Primärsklerose mittels (Lecapere) 467.
— Die histologischen Veränderungen der Hautsyphilide durch (Lier) 707.
— behandelt. Ulzero-gummöses Syphilid, mit (Edington u. Browning) 603.
Salvarsan. Zur Behandlung der tertiären Syphilis mit (Fabry u. Kretzmer) 603.
— behandelt. Schwere tertiäre Syphilis mit (Hicguet) 578.
Salvarsanbehandlung. Die Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch die (Duhot) 501.
Salvarsan behandelten Syphilisfällen, mit spezieller Hinsicht auf das klinische Resultat und die Wassermannsche Reaktion. Eine Studie von 50 mit (Wolbarst) 506.

Digitized by Google

Salvarsaninjektion als Kontrolle der Wassermannschen Reaktion. Die (Duhot) 511.
Syphilismittel. Ehrlichs Chemotherapie und sein 627.
Syphilis jetzt behandeln? Wie sollen wir die —. Einige interessante, mit Salvarsan behandelte Luesfälle (Zeißl) 632.
— im Primärstadium. Sterilisierung der —. Statistik über 20 Fälle (Leredde u. Kuenemann) 409.
Therapie und Wassermannsche Reaktion. Antisiphilitische (Gougerot u. Parent) 532, 601.
— der Syphilis. Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die (Citron) 150.
— mit besonderer Berücksichtigung des Salvarsans. Über moderne Syphilis (Neisser) 148.

II. Erbsyphilis.

„Basedow fruste" bei einer Heredosyphilitischen. Insuffizienz der Ovarien und (Gaucher u. Salin) 411.
Erbsyphilis. Die Deutung der Gesetze der (Carle) 729.
Erbsyphilitischen ohne Dystrophien. Gummen des Gaumensegels bei einer (Gaucher, Gougerot u. Meaux Saint-Marc) 728.
Gummen des Beines bei einem Heredo-Syphilitischen. Syphilitische (Gaucher, Bricout u. Meaux Saint-Marc) 565.
Haut und des Urins bei einigen hereditärsyphilohämischen Zuständen. Das Verhalten der (Filamo) 35.
Hereditären Syphilis. Rezidivierende akquirierte Syphilis trotz wiederholter Salvarsankuren bei einem Kranken mit Stigmen der (Hudelo u. Jolivet) 236.
Hereditärer Lues. Einige seltene Veränderungen speziell der Epidermis bei (Foglietta) 355.
Ileums anscheinend syphilitischen Ursprungs. Ein Fall von kongenitaler Stenose des (Bogert) 160.
Keratitis. Zwecklosigkeit der merkuriellen Behandlung der heredoluetischen (Fromaget) 160.
— Bedeutung des Salvarsans in der Behandlung der diffusen parenchymatösen (Wicherkiewicz) 576.
Knochenaffektionen bei der tertiären Erbsyphilis (Gaucher) 160.
Knochensyphilis. Die Röntgendiagnose der kongenitalen (Fraenkel) 161.
Knochensyphilis bei hereditärer Lues. Abnormes Längenwachstum in den langen Röhren (Blümel) 161.
Labyrinthitis mit dem Hennebertschen Symptomenkomplex. Ein neuer Fall von heredosyphilitischer (Buys) 160.
*Lebensaussichten der kongenital-luetischen Kinder. Die (Sprinz) 368, 402, 428.
Lebensschicksale erbsyphilitischer Kinder. Die gesundheitlichen (Hochsinger) 213.
Lues. Statistische Beobachtungen über kongenitale (Reischig) 213.
Nabelschnurveränderungen von wahrscheinlich nicht syphilitischem Ursprung. Drei Fälle entzündlicher (Rietz) 528.
Osteomyelitis luetica des linken horizontalen Unterkieferastes in einem Falle von Lues hereditaria tarda. Ostitis und (Eyles) 161.
Ostititis und Osteomyelitis luetica des linken horizontalen Unterkieferastes in einem Falle von Lues hereditaria tarda (Eyles) 161.
Parasyphilitische Erkrankungen im Kindesalter. Über (Koenigstein) 215.
Profetaschen Gesetz bildet. Ein Fall von Syphilis, der eine Ausnahme vom (Vilanova) 679.
Salvarsan u. hereditäre Syphilis (Breda) 355, 607.
— Die kongenitale Syphilis, ihre Erkennung und ihre Behandlung mit (Arnautovic) 215.
— Hereditäre Syphilis und ihre Behandlung mit (Bunch) 607.
— Behandlung der infantilen Syphilis mit (de Azúa) 209.
— während der Schwangerschaft. Behandlung der hereditären Syphilis durch Einspritzung von (Lorreyte) 607.
— die Syphilis der Säuglinge beeinflussen? Kann das der stillenden Mutter injizierte (Jeanselme) 629.
Salvarsanbehandlung der stillenden Personen. Über die Behandlung der Brustkinder durch (Serrano und Sainz de Aja) 36.
Salvarsaninjektion der stillenden Person (Mutter oder Amme). Über die Behandlung der Syphilis bei Säuglingen durch (Serrano u. de Aja) 631.
Salvarsaninjektionen bei der Behandlung der Neugeborenen. Zur Technik und Dosierung der (Engelmann) 516.
Salvarsanmilch als Endotoxinwirkung aufzufassen? Ist das Auftreten von spezifisch luetischen Erscheinungen

Digitized by Google

beim Säugling nach Stillen mit (Stümpke) 630.
Salvarsans auf kongenitale Syphilis. Die Wirkung des (Debuys) 607.
Skleren. Erbsyphilis und blaue (Rolleston) 160.
Spirochäte im Nasensekret hereditär-syphilitischer Kinder in diagnostischer Hinsicht eine praktische Bedeutung. Hat die Untersuchung auf (Haavaldsen) 179.
Syphilis. Die Vererbung der (Krefting) 181.
Wassermannsche Reaktion. Hereditäre Syphilis und (Reuben) 215.
— — bei angeborener Syphilis. Die (Thomsen u. Boas) 322.
— — bei Neugeborenen. Die (Pillon) 130.
— — im Blute des Nabelstrangs usw. (Serra u. Gentili) 130.
Zunge. Erbsyphilis der (Touret) 160.

Syringom (Terebinsky) 443.
Syringopipette für Laboratoriumsarbeiten (Goubeau u. Milian) 567.

Tabes s. Syphilis I J.
Tätowierung s. Syphilis I A.
„Tagayasan". Über das entzündungserregende Pulver des japanischen Nutzholzes (Iwakawa) 357.
Talcum venetianum 461.
Talgzyste (Thomson) 232.
— und Schweißdrüsen usw. Über angeborene Sekretstauung in den (Hinselmann) 531.
Taschenbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Therapeutisches (Blaschko u. Jacobsohn) 38.
Teer- und Chrysophansäurezusatz. Behandlung der Psoriasis durch Bäder mit (Balzer, Lévy-Franckel und Coudat) 236.
Telangiektasien bei Kindern in Verbindung mit lange währender, schwächender Diarrhöe (Fearnsides) 408.
Terra silicea 462.
Tetrodotoxin (Tahara). Klinische Erfahrungen über (Inouye und Kinoshita) 532.
Therapia magna sterilisans. Das Fazit 1½jährigen Erforschung des Salvarsans in Verbindung mit der Idee von Prof. Ehrlich von der (Bjelow) 505.
Therapie der Wiener Spezialärzte. Die (Fellner) 653.
Thiosinamin in der Behandlung von Verbrennungsnarben (Mears) 265.
Thoriumpaste. Über die Behandlung des Epithelioms, des Lupus usw. mit (Bulkley) 385.
Thorium X. Über die Behandlung bösartiger Geschwülste mit Mesothorium und (Czerny u. Caan) 737.
Thrombophlebitis nach einer intravenösen Salvarsaninjektion. Über ausgedehnte (Müller) 541.
Thrombose nach einer intravenösen Salvarsaninjektion. Entfernte (Gaucher u. Gougerot) 410.
— nach endovenöser Salvarsaninjektion. Fern- (Klausner) 541.
Thromboses à distance nach intravenöser Salvarsaninjektion. Fall von (Clingestein) 92.
Thyreoideaepithelien bei Purpura eines Neonatus. Über eigentümliche herdförmige Degenerationen der (Pettavel) 416.
Tinea barbae. Kulturen von violettem Endothrix-Trichophyton von einem Fall von „ekzematoiden" Läsionen des Pilzes im Verein mit (Adamson) 28.
— tonsurans bei einem 60jährigen Patienten (Pernet) 652.
Tischlereien und Sägewerken. Hauterkrankungen von Arbeitern in 217.
Toxikodermien im Anschluß an Salvarsaninjektionen (Fisichella) 361.
Toxinempfindlichkeit der Haut des tuberkulös infizierten Menschen. Die (Zieler) 273.
Trichloressigsäure in der Dermatologie (Heidingsfeld) 180.
— Lupus erythematosus geheilt mit Applikationen von (Serrano) 209.
Trichomykosis flava, nigra und rubra der Achselgegenden (Castellani) 32.
Trichophytia tonsurans. Diskussion über die Röntgenbehandlung der (Hall-Edwards) 30.
Trichophyten und ihre Stellung in Sabourauds System. Die dänischen (Bang) 293.
Trichophytia glandis 613.
Trichophytie mit granulomatösen Läsionen. Mikroskopische Präparate von ausgedehnter (Sequeira) 327.
— Zur Behandlung der (Abraham) 480.
— der Extremitäten und der Leiste. Ekzematoide (Whitfield) 292.
— der Kopfhaut. Röntgenstrahlen bei der Behandlung der (Graham) 480.
— des Rumpfes und der Extremitäten mit granulomatösen Wucherungen. Ausgedehnte (Sequeira) 292.
— des Rumpfes. Ausgedehnte 445.
— Infektion. Immunität nach (Bruhns) 290.

Digitized by Google

Trichophyton von einem Fall von „ekzematoiden" Läsionen des Pilzes im Verein mit Tinea barbae. Kulturen von violettem Endothrix (Adamson) 28.
— plicatile. Kulturen von usw. (Sequeira) 445.
— rosaceum (Bolam) 353.
— tonsurans der Zehennägel. Fall von (Shillitoe) 30.
Trichopillarmuskelkrisen s. Tabes.
Trichosporosis nodosa (MacLeod) 651.
Tripperfollikulitiden. Zur Frage der sog. (Tschernogubow) 184.
Tripperkomplikationen. Über Vakzinetherapie einiger Hautkrankheiten und (Feuerstein) 333.
— s. Blennorrhöe, Gonorrhöe.
Trophoneurose der Hand. Ein operativ geheilter Fall von traumatischer reflektorischer (Sudeck) 266.
Tropho-neurotischer (?) Ablösung der Nägel. Fall von (Weber) 29.
Trypanosoma gambiense 360.
Tuberculosa. Lymphangitis 274.
Tuberculosis verrucosa cutis und tuberkulöser Lymphangitis, hervorgerufen durch Rindertuberkelbazillen. Ein Fall von (Heuser) 279.
Tuberkelbazillennachweis im Gewebe. Untersuchungen über den Wert der Antiforminmethode für den (Hart u. Lessing) 43.
Tuberkelbazillen durch die unverletzte Haut. Über den Durchtritt von (Koenigsfeld) 100.
— 379.
Tuberkelbazillus im Urinsediment. Die Vortrefflichkeit der Methode von Ellermann und Erlandsen zur Auffindung des (Martinelli) 43.
Tuberkulid. Fall von atrophischem (Bunch) 291.
— Erythematöses 236.
— vom Typus des Lichen Wilson. Lichenoides (Bosselini) 379.
— Über zwei Fälle von papulonekrotischem (Coppolino) 35.
Tuberkulide bei einem 5jährigen Mädchen (Sequeira) 208.
— mit spezieller Beziehung auf den Lupus erythematosus. Die Bedeutung von Muchs Granularkörperchen und die Antiforminmethode zur Bestimmung der Ätiologie der sogenannten (Friedländer) 354.
— Acne scrophulosorum, Folliklis, Aknitis. Über die sogenannten (Bosellini) 356.
— und deren Bedeutung für die Diagnose der Tuberkulose. Über Haut- (Leyberg) 273.
Tuberkulide der Haut bei empfänglichen und unempfänglichen Tieren. Experimentelle Erzeugung der Toxi- (Peyri u. Soteras) 678.
— Papulonekrotische 236.
Tuberkuliden und Lupus erythematosus. Koexistenz von papulo-nekrotischen (Bernhardt) 529.
Tuberkulin und anderen Seris. Experimentelle Erregung gewisser Dermatosen durch intradermale Injektion von (Thibierge u. Gastinel) 99.
— Über das Verhalten entzündlicher Bildungen der Haut gegen (Sternberg 149.
— Lupus miliaris, geheilt durch Neu- (Delbanco) 178.
— Die Behandlung der Tuberkulose der Harnwege mit (Dandoy) 534.
Tuberkuline. Tuberkulose und (Campana) 354.
Tuberkulös infizierten Menschen. Die Toxinempfindlichkeit der Haut des (Zieler) 273.
Tuberkulöse Gummen der Subkutis und der Knochen bei einem Syphilitiker. Weißes Ödem (Gaucher, Gougerot u. Bricout) 728.
Tuberkulöser Lymphangitis, hervorgerufen durch Rindertuberkelbazillen. Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis und (Heuser) 274.
— Schanker des Kinnes (Milian) 233.
— Striktur der Urethra bei einem Kranken mit Tuberkulose der Harnwege. Ein Fall von (Constantinesco) 238.
Tuberkulose. Das Alter der Lepra, der Syphilis und der (Zambaco) 324.
— Verhandlungen der dritten Sitzung des Lupusausschusses des deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der (Nietner) 271.
— und Tuberkuline (Campana) 354.
— der zervikofazialen Lymphdrüsen. Aktinomykoseähnliche gummöse (Gaucher, Gougerot u. Bricout) 728.
— ähneln. Gummöse u. verruköse Hauterscheinungen, die der Syphilis und der (Pautrier, Belot u. Richou 565.
— Die Sonnenbehandlung der (Marc 275.
— Heliotherapie im Hochgebirge. Mit besonderer Berücksichtigung der chirurgischen (Bernhard) 467.
— Beitrag zur Histologie der Haut- (Kyrle) 182.
— Beitrag zur Frage der Beeinflussung des elastischen Gewebes durch (Oppenheim) 41.
— Elefantiasis und (Brachet) 688.

Digitized by Google

Tuberkulose. Über Hauttuberkulide und deren Bedeutung für die Diagnose der (Leyberg) 273.
— Über einen Fall von sog. „Lupus pernio" mit besonderer Berücksichtigung seiner Beziehung zur (Hilgers) 386.
— Masern und (Gazeau) 468.
— Das Verhältnis der Prurigo Hebra zur (Boas) 293.
— und Syphilis. Vergleichende serologische Untersuchungen bei (Müller u. Süss) 273.
— mit Syphilis vergesellschaftet (Derscheid) 217.
— des Harnapparates vermittels einer neuen Methode (Antigenreaktion im Urin). Schnelldiagnose der (Heitz) 296.
— der Harnwege. Ein Fall von tuberkulöser Striktur der Urethra bei einem Kranken mit (Constantinesco) 238.
— — — mit Tuberkulin. Die Behandlung der (Dandoy) 534.
— Akute disseminierte miliare Haut- 273.
— der Haut und des Unterhautzellgewebes (Lymphangitis tuberculosa) mit vorwiegend nervösem Charakter. Über einen Fall von (Heitmeyr) 274.
— der Mundhöhle. Kasuistische u. histologische Beiträge zur Kenntnis der (Miyahara) 325, 527.
— und ihre Behandlung. Frühdiagnose der Nieren- (Lewis) 264.
— beim Kinde. Die Nieren- (Vignard u. Thévenot) 601.
— Die Ausschließung der Blase bei der Nieren-Blasen- (Boeckel) 601.
— an derselben Niere. Gleichzeitige Entwicklung eines Karzinoms und einer (Marion) 295.
— mittels Diathermie. Die Behandlung des Lupus und der Schleimhaut (Nagelschmidt) 272.
Tuberkulosen. Verschiedene Haut—: Lupus pernio der Hände, Nase u. Ohren; Lupus erythematosus squamosus der Hände, Ohren und des Halses; papulonekrotische Tuberkulide der Arme (Coyon u. Gougerot) 236.
— im Kindesalter. Über disseminierte Haut- (Leiner u. Spieler) 273.
Tumorreaktionen mit besonderer Berücksichtigung der Meiostagminreaktion. Über (Stammler) 735.
Tumoren usw. Die Melanose und die melanotischen (Bonnet) 738.
— des Menschen. Die Wirkung der Produkte der homogenen fötalen Autolyse bei malignen (Fichera) 735.
— mit Röntgenstrahlen. Die Behandlung von malignen (Morton) 31.
Tumoren. Die Röntgenstrahlen als Heilfaktor bei malignen (Aspinwall-Judd) 736.
— Über den Wert der Kombination von Röntgenstrahlen und Hochfrequenzbehandlung bei malignen (Werner u. Caan) 736.
— Beitrag zur Serodiagnostik der malignen (Monakow) 736.
Tumores benigni sarcoidei cutis 84.
Typhuskomplikationen (Orchitis, Vaginalulkus, Pleuraempyem, Urtikaria, Colitis fibrinosa). Einige seltene (Geppert) 244.

Überempfindlichkeit der Haut. Zwei Fälle von (Gimeno) 37.
Ulcera mollia. Erfahrungen mit einer Vakzine bei der Behandlung der (Herbst u. Gatewood) 685.
— varicosa. Ihre Behandlung mit Berücksichtigung der Indikationsstellungen (Fischer) 143, 205, 326.
— venerea. Extragenitale (Ramazotti) 35.
Ulcus molle (Gougerot) 684.
*— — extragenitale. Zur Kenntnis des —. Ein Fall von Ulcus molle am Fuße (Bruner) 277.
— — fossae navicularis urethrae 72.
*— — am Fuße. Ein Fall von —. Zur Kenntnis des Ulcus molle extragenitale (Bruner) 277.
— — in der Harnröhre des Mannes. Zur Kenntnis des (Glingar u. Biach) 685.
— — der Mundschleimhaut 240.
— — phagedaenicum (Ledermann) 289.
— — Zwei mit Fulguration behandelte Fälle von (Turner) 327.
— molle-Bazillus. Über die vereinfachte Trennungsmethode von (Kamimura) 211.
— molle s. Schanker, weicher.
— orientale. Der Heilwert einer Vakzine von Leishmaniakulturen beim (Row) 733.
— rodens, den Sulcus retro-auricularus betreffend (Sequeira) 651.
— — mit einigen ungewöhnlichen Erscheinungen. Ein Fall von (Farrant) 742.
— — und anderen Hautläsionen. Radium beim (Sequeira) 31.
— — durch Röntgenbestrahlung geheilt, nach vorangegangener Sensibilisierung. Röntgenrefraktäres (Schmidt) 742.
— tropicum. Über das (Schüffner) 733.
— — Salvarsan bei (Rodenwaldt) 733.
— Vaginal- 244.
Ulzeration der Schleimhaut. Sogenannte hysterische (Gougerot, Pietkiewicz u. Detape) 411.

Digitized by Google

Ulzerationen der Haut durch Staphylococcus pyogenes usw. Multiple (Tuccio) 146.
Umbilikalgegend bei der Identifizierung von Personen. Über den Wert der (Lecha-Marso) 692.
Unarten. Dermatologische (Robinson) 132.
Unicellula Cancri 745.
Unterschenkel. Geschwürsprozesse der (Ledermann) 290.
Ureterendes usw. Zystische intravesikale Dilatation des unteren (Rendu) 602.
Ureteren und Trigonum vesicae. Portio intramuralis der —. Die Varianten und Formen derselben (Schewkunenko) 96.
— Ein Fall von beiderseitiger Verdoppelung der Nierenbecken und (Seelig) 96.
Ureterenkatheterismus. Albuminurie und (Gauthier) 534.
Ureterenstein (McKechnic) 92.
Ureterensteine. Die Diagnostik der (Casper) 238.
— die in der Urethra prostatica eingekeilt waren und durch die Harnröhre entfernt wurden (Gallois) 263.
Ureters. Aberrierende Steine des (Frenkel) 237.
Urethra. Bildung einer neuen Blase und einer neuen (Heitz-Boyer u. Hovelacque) 380.
— durch zirkuläre Urethrorrhaphie mit Ableitung des Urins. Über die Neubildung der (Marion) 680.
— Die Ableitung des Urins bei Operationen der (Marion) 680.
— Kongenitale Divertikel der (Haberern) 95.
— bei einem Kranken mit Tuberkulose der Harnwege. Ein Fall von tuberkulöser Striktur der (Constantinesco) 238.
— s. Syphilis I E.
Urethraldrüsenentzündung. Mechanische Behandlung der (Palazzoli) 534.
Urethralmassage. Die „Rosenkranzsonde" für (Tittinger) 73.
Urethralstrikturen. Neue elektrolytische Instrumente zur Behandlung der (Girolano) 238.
Urethritiden. Wirkung und Bedeutung der „elektrolytischen Reinigung" bei der Behandlung chronischer (Roucayrol) 533.
Urethritis. Über endourethrale Eingriffe bei chronischer proliferierender (Lohnstein) 93.
Urethrorraphie 680.
Urethroskopie der vorderen und insbesondere der hinteren Harnröhre. Beiträge zur (Wossidlo) 212.
Urethrotom. Neues (Legueu) 263.
Urinabszesses gegenüber der Urethra verhalten? Wie soll man sich nach Spaltung eines (Rochet u. Thévenot) 730.
Urinbeschwerden. Die durch die Fibrome der Zervix verursachten (Legueu) 294.
Urinuntersuchung bei Salvarsaninjektionen. Notwendigkeit der vorherigen (Garzia del Mazo) 210.
Urinuntersuchungen bei Pellagrösen (Mai u. Gatti) 391.
Urins bei Operationen der Urethra. Die Ableitung des (Marion) 680.
Urologenkongreß zu London 1911. Internationaler 262.
Urologie. Lokomotörische Ataxie und ihre Beziehung zur (Klussman) 264.
Urologische Gesellschaft. Berliner 164.
Urologischen Koeffizienten bei Nierenoperationen. Über den Wert des (Bonzani) 143.
Urtikaria. Ungewöhnlicher Fall von (Meyers) 70.
— verursacht durch Sonnenstrahlen. Ein Fall von (Ochs) 396.
— der pruriginösen Dermatosen und des Herpes. Mikrobische Natur der (Cabral) 484.
— pigmentosa von d. Urticaria xanthelasmoidea. Zur Unterscheidung der (Biach) 531.
— — bei einem 10 Monate alten Säugling (Bunch) 291.
— xanthelasmoidea. Zur Unterscheidung der Urticaria pigmentosa von der (Biach) 531.
— 244, 366.
Utah. Das Gesetz von (Bogart) 264.

Vaccina serpiginosa 472.
Vaginalulkus 244.
Vakzination. Variola und (Knight) 470.
— der Neugeborenen. Resultate der frühzeitigen (Jeannin) 472.
Vakzine. Die praktische Anwendung von Bakterien- (Synnot) 332.
— bei Kindern. Die Behandlung der Furunkulose mit Bakterien- (McDonald) 658.
— bei der Behandlung der Ulcera mollia. Erfahrungen mit einer (Herbst und Gatewood) 685.
— von Leishmaniakulturen beim Ulcus orientale. Der Heilwert einer (Row) 733.
Vakzinebehandlung in zwei Fällen. Resultat der (McDonald) 333.

Digitized by Google

Vakzinetherapie. Die Prinzipien der (Reiter) 299.
— Über (Stephens) 334.
— einiger Hautkrankheiten und Tripperkomplikationen. Über (Feuerstein) 333.
Vakzine-(Bakterine-)Therapie in Nordamerika. Die (Noeggerath) 332.
Vakzinotherapie. Über (Serkowski) 446. 447.
Varikozele. Blasenneuralgie infolge von (Maraini) 94.
Variola und Vakzination (Knight) 470.
— vera. Über die Komplementbindungsreaktion bei der Variolois und der (Kryloff) 470.
— — Über die Anwendung des Salvarsans bei drei Fällen von (Lenzmann) 470.
— 287 ff.
Variolois und der Variola vera. Über die Komplementbindungsreaktion bei der (Kryloff) 470.
— 287 ff.
Varizellen, kompliziert durch Iridochorioiditis. Gangränöse (Bernstein) 264.
— Über —. Nach Beobachtungen auf der Züricher medizinischen Klinik (Elmiger) 470.
— bei Erwachsenen (Misch) 470.
— und Scharlach (Rousset) 470.
— Ein Fall von Streptokokkensepsis mit purulentem Ödem nach (Blühdorn) 470.
Venerische Erkrankungen. Über Vorbeugungsmittel gegen (Kaufmann) 624.
Venerischer Erkrankungen zur Verhütung dieses sozialen Mißstandes. Die Notwendigkeit allgemein gleicher staatlicher Verordnungen über die Behandlung (Ravogli) 74.
Venerischen Erkrankungen auf der hygienischen Ausstellung in Dresden. Die Bekämpfung der (Bremener) 652.
*— (weichen und harten) Affektionen. Zur Frage über den Einfluß der rituellen Beschneidung auf die Ansteckung von (Pawlow) 197.
Venusseuche. Zur Geschichte der (Barensfeld) 102.
Verbrennungen. Die durch elektrische Ströme hervorgerufenen (Lenormand) 219.
— der Vorderfläche des Halses usw. Intensive (Travers u. Maunsell) 265.
— Beitrag zur Kenntnis der Röntgen- (Loeb) 597.
Verbrennungsnarben. Thiosinamin in der Behandlung von (Mears) 265.
Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 84, 716.
Vesikulitis. Über (Reynès) 534.
Vestibularausschaltung s. Salvarsan.
Vitiligo. Fall von (Little) 291.
— Über (Wisniewski) 445.
Vogelhaut. Knäuelartige Nervenendigungen in der (Botezat) 39.

Wärmekompresse. Erzeugung von aktiver Hyperämie vermittels einer (Borosini) 386.
Wärmeregulation seitens des Hautorgans. Zur Physiologie und Pathologie des Wasserwechsels und der (Loewy und Wechselmann) 40.
*Warzen im Anschluß an die Behandlung. Über das spontane Verschwinden juveniler oder harter (Galewsky) 589.
Wassermann bei Kaninchen nach Lepraimpfung. Die Seroreaktion nach (Derra) 466.
Wassermannsche Reaktion bei Leprösen. Die (Lewin) 270.
— — in den Fällen plötzlicher Taubheit. Die (d'Amato) 412.
— — s. Syphilis I D.
Wassermannschen Reaktion zum Karzinom. Das Verhalten der (Foerster) 744.
Wasserwechsels und der Wärmeregulation seitens des Hautorgans. Zur Physiologie und Pathologie des (Loewy u. Wechselmann) 40.
Werlhoff. Hämatologische Untersuchungen in einem Falle von (Maggiore) 418.
Werlhof. Über Ertaubung nach (Güttich) 418.

Xantho-Endotheliome. Ein Beitrag zu unseren Kenntnissen über die Nävo- (McDonagh) 650.
Xantho-Erythrodermia perstans (Crocker-Pernet). Fall von (Pernet) 708.
Xanthom. Fall von kongenitalem (Bunch) 708.
*Xanthoma tuberosum multiplex (Pollitzer u. Wile) 421.
Xeroderma pigmentosum. Ein Fall von (Kuboyama) 38.
X-Strahlen. Über die Methode von Klingelfuß für die Messung der Quantitäten der (de Beaujeu) 298.
— Zur Behandlung der Nagelerkrankungen mit (Tschernogubow) 652.
— s. Röntgenstrahlen.

Yohimbins. Eine bisher unbeachtete Verwendung des (Fritsch) 386.

Digitized by Google

Zähnen und Hautkrankheiten u. Schleimhauterkrankungen. Die Beziehungen zwischen (Knowsley Sibley) 263.
Zerebrale Störungen s. Salvarsan.
Zerebrospinalmeningitis als Rezidiv nach Salvarsan (Oberholzer) 361.
Zincum oxydatum 461.
— phosphoratum. Herpes Zoster, akute Poliomyelitis und (Waugh) 266.
Zink-Leimverband. Ambulante Behandlung der Beingeschwüre mit dem (Longin) 237.
Zoster und Herpes als Nebenwirkung des Salvarsans (Serrano u. Sainz de Aja) 37.
— nach Salvarsan (Sainz de Aja) 210.
— der Hirnnerven und die Theorie der akuten Poliomyelitis posterior. Der paralytische (Claude u. Schaeffer) 266.
— s. Herpes Zoster.
Zuckers im Urin bei Salvarsanbehandlung. Über das Verhalten des (Bendig) 513.
Zylindrurie. Beitrag zur Kenntnis der bei Quecksilberbehandlung vorkommenden (Reiss) 530.
Zystitis beim Weibe (Whitall) 70.
*— mit Diplosal. Behandlung der (Schwenk) 90.
Zystoskop. Über das (Burger) 92.
— Modell- (Bätzner) 95.
— Neue scharfe Blasenzange zum Operations- (Schlagintweit) 96.
— Ein neues Operations- (Senn) 624.
Zystoskope. Über Verbesserungen an den optischen Systemen der (v. Rohr) 96.
Zystoskops, um die Beschmutzung des optischen Apparates beim Einführen durch die Urethra zu verhindern. Eine einfache Modifikation des Albarranschen (Reynès) 263.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abelin, J., Salvarsan im Blute bei intravenöser Injektion 510.
— Beginn und Dauer der Ausscheidung des Salvarsans durch den Urin nach intravenöser Injektion 513.
Abraham, Ph., Zur Behandlung der Trichophytie 480.
Achard 395.
Adamson 84 ff.
— H. G., Ein Fall von Sporotrichosis 27.
— Makulare Atrophie bei einem syphilitischen Patienten 28.
— Kulturen von violettem Endothrix-Trichophyton von einem Fall von „ekzematoiden" Läsionen des Pilzes im Verein mit Tinea barbae 28.
— Epitheliom auf der Basis von Lupus vulgaris bei einem 13jährigen Mädchen 29.
— Onychia sicca syphilitica im Verein mit universeller Alopezie (Typus der Alopecia areata) 207, ferner 292.
Adler, Lewis H., Syphilis der Anorektalgegend 187.
Adler, Erythemausbruch bei einem Manne mit malignem Magentumor 727.
Adouy, Henri, Über die Behandlung der Hautepitheliome mit Radium 741.
Afzelius, Fall von Sklerodermie in Verbindung mit Hemiatrophia facialis 293.
Agadjanianz 319.
de Aja, Salvarez Sainz, Ein Fall mehr von Reinfectio (superinfectio) syphilitica 36.
— Ein Fall von Mammakarzinom beim Manne 36.
— Salvarsan und Sarkom 209.
— Die sogenannte Botryomycosis humana (klinischer Fall) 711; s. Serrano.
Akspianz 277.
Alessandrini 143.
Alkins, W. H. B., u. Harrison, F. C., Gegenwärtiger Stand der Radiumtherapie 92.
Almkvist, D., Ein Fall von Encephalitis haemorrhagica acuta nach intravenöser Salvarsaninjektion 605.
— Johan, Über die Ursachen der Reaktionserscheinungen nach Salvarsaninjektion 538.
Alston, H., Salvarsan bei Frambösia 734.
Althoff, H., Zur Behandlung des Erysipels 687.
Altmann 171.
— Karl, Die Serodiagnostik der Syphilis 230; s. auch Herxheimer, K.
Alzheimer 185.
d'Amato, Vincenzo, Die neuesten und wichtigsten Fortschritte auf dem Gebiete der „Dermo-Syphilopathie" 412.
— Aktuelle Betrachtungen über das Salvarsan 412.
— Die Wassermannsche Reaktion in den Fällen plötzlicher Taubheit 412.
— Über einen Fall von Rhinosklerom 413.
— Das Hautepitheliom 599.
Ambard 294.
Amende 279.
Anderson, John F., s. Goldberger, Joseph.
— Paul V., Persönliche Erfahrungen mit einigen Fällen von Pellagra 392.
Angle, E. J., u. Snipes, J. J., Therapeutischer Wert des Salvarsans mit Bericht von Fällen 608.
Apert u. Leblanc, Dauernde intensive Rötung beider Handflächen 386.
Arenstein, Max, Mitteilung über Allosan 533.
Arlart u. Katluhn, Welche allgemeinen gesundheitspolizeilichen Gesichtspunkte ergeben sich dem Medizinalbeamten für die Anwendung der serodiagnostischen Reaktion auf Syphilis nach Wassermann und des Ehrlich-Hataschen Präparates 127.
Arnautovic, Dobrivoje, Die kongeni-

Digitized by Google

tale Syphilis, ihre Erkennung und ihre Behandlung mit Salvarsan 215.
Arndt, Polymorphzelliges Riesenzellensarkom 32.
— Naevokarzinom 32.
— Lupus miliaris 290.
— Multiples benignes Sarkoid 290.
— Laboratoriumsinfektion mit Sporotrichum Beurmanni 727.
— Lymphogranulomatosis cutis 727, ferner 439, 440.
Arnheim 440.
Arning, Ed., u. Lewandowsky, F., Noduli cutanei, eine bisher wenig beachtete Hautaffektion 176.
Aronstam, Noah E., Pyelitis bei Blennorrhöe 624.
de Arrese, Jesus, Beitrag zum Studium der chirurgischen Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis 678.
Arzt, L., u. Kerl, W., Zur Kritik der Ansichten über die Entstehung des Salvarsanfiebers 360.
Arzt, L., u. Schramek, M., Zur Technik der intravenösen Infusion 537.
Asch, Paul, Die syphilitischen Erkrankungen der Harnblase 93.
— Gonokokkenträger 95.
Aspinwall-Judd, Die Röntgenstrahlen als Heilfaktor bei malignen Tumoren 736.
Assmy 11.
Atcherley, John, Eine Theorie über die Entstehungsweise der Lepra 267.
Audran, Beitrag zum Studium der Leprapropliylaxe in Tonkin 270.
Audry, Ch., Für und gegen das Salvarsan 609.
— Ein eigentümliches Rezidiv der Syphilis. Rezidiv in situ 730, ferner 84 ff., 278, 311.
Augagneur, André, Zwei neue Mißerfolge der Abortivbehandlung der Syphilis mittels lokaler Hektininjektionen in Kombination mit allgemeiner Jodquecksilberbehandlung 145.
Auszterweil, L., Über die Technik der intravenösen Salvarsaninjektion 536.
d'Autnay 371.
Autokratow, Die Asepsis nach Wechselmann bei der intravenösen Salvarsaneingießung 536.
Averbuch 465.
Axmann (Erfurt), Konjunktivitis und Rosazea 657.
de Azúa, Juan, Akute Prurigo 36.
— Lichen hypertrophicus corneus verrucosus, mit Salvarsan behandelt 36, 657.
— Pyodermitis vegetans postimpetiginosa 209.
— Behandlung der infantilen Syphilis mit Salvarsan 209.
de Azúa, Juan, Melanodermie mit rascher Ausbreitung und Exfoliation 209.
— Meralgia paraesthetica bei einem Prätabiker 210.
— Toxische Nebenwirkungen des Salvarsans 571.

Baba, T., s. Kuboyama, K.
Babcock, Robert H., Lungentuberkulose und Syphilis 103.
Babes, S., Bemerkungen über die Kultur und die Übertragbarkeit des Leprabazillus 269.
— Studien über die Pellagra 465.
Baccelli, M., s. Lui, A.
Bach 7.
Bachem, C., Jodostarin, ein neues organisches Jodpräparat 384.
Bätzner, Modellzystoskop 95.
Bäumer, Eduard, Zur Behandlung der Syphilis mit Asurol 216.
*— Zur Theorie der mikroskopischen und klinischen Beobachtung in der Dermatologie 620.
Baginsky 370.
— A., Die Therapie der Masern und der Bronchopneumonie 469.
Bagrow, Zur Einführung des Salvarsans durch das Rektum 363.
Balfour, A., Der Einfluß von Salvarsan auf das Treponema pallidum 42.
Ballenger, Edgar G., Injektionen mit Salvarsan 154.
— Salvarsan bei Syphilis 633.
— u. Elder, F., Kurzer Bericht über 414 Salvarsaninjektionen 504.
— und Elder, O. V., Erleichterung der Einführung der Nadel in die Vene zur intravenösen Salvarsaninjektion 537.
Ballet, Gilbert, u. Hischmann, C., Seh- u. Hörstörungen nach Gebrauch von Hektin 383.
Balzer, F., Behandlung des Lupus vulgaris der Haut und der Schleimhaut mit dem kaustischen Leim nach Boeck 234.
— Dosierung und Kontraindikationen des Hektins; Vorsichtsmaßregeln zur Konservierung der Ampullen u. Lösungen 382.
— Fibrolipome nach subkutanen Injektionen von Chininchlorhydrat u. Eisenkakodylat 566.
— Barcat u. Condat, Symmetrische Naevi miliares telangiectodes des Gesichts 566.
— — u. Godlewski, Naevi miliares telangiectodes 411.
— u. Belloir, Polymorphe Dermatitis bei der Schwangerschaft (Herpes gestationis) 727.

Digitized by Google

Balzer u. Condat, Tödliche Meningo-Enzephalitis nach zwei intravenösen Salvarsaninjektionen 410.
— — Syphilis und Psoriasis 566.
— u. Godlewsky, Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan 234.
— — u. Condat, Behandlung der Psoriasis und des Lichen planus mit medikamentösen Bädern 411.
— Lévy-Franckel u. Condat, Behandlung der Psoriasis durch Bäder mit Teer- und Chrysophansäurezusatz 236, ferner 85.
Bang, Die dänischen Trichophyten und ihre Stellung in Sabourauds System 293.
Bangs, Charles H., Syphilis innocentium 678.
Bar, Erfahrungen mit Salvarsan in der Klinik Baudelocque 505.
Barbezat 550.
Barcat, s. Balzer, F.
Bardach, H., Weitere Mitteilungen über das elastische Heftpflaster 337.
Bardachzi 248.
Barensfeld, Otto, Zur Geschichte der Venusseuche 102.
Barré, Das Herz des Kindes bei Scharlach 450.
Bartholow, Paul, Ein Fall von Konjunktivitis bei akuter Blennorrhöe 677.
Basker, C. A., Meningitis im Gefolge von Masern 469.
Bass, C. C., Pellagröse Symptome, beim Huhn experimentell erzeugt durch Verfütterung von Mais, der durch ein spezifisches Bakterium verdorben war 389.
Batera, Julian, Ein Fall von blennorrhoischer Talalgie, mit Röntgenstrahlen behandelt 36.
— Zwei Fälle von Lupus tuberculosus, mit Röntgenstrahlen behandelt 36.
— Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von generalisiertem Pruritus 37.
Bauer, Heinz, Das Qualimeter 299.
— Richard, Die klinisch-serologische Diagnose der luetischen Nierenerkrankungen 188.
Baye, Charles, Die Syphilis der Urethra 238.
Bayer (Saarbrücken), Erfahrungen mit Jodival 384.
— Hugo, Jodival in d. Luestherapie 186.
Bayet, A., Behandlung der Syphilis mit Salvarsan 262.
— Das Radium: seine therapeutischen Wirkungen 681.
— Dujardin u. Desneux, Behandlung der Syphilis mit Salvarsan 655.
— u. Malvoz, Die soziale Prophylaxe der Syphilis und die neueren Fortschritte der Syphilidologie 103, ferner 147.
Beall, K. H., Die Ätiologie der Pellagra 390.
Beam, Albert, Ein Fall von Sporotrichosis beim Menschen 477.
Beatson, George Thos, Die Rolle des Fettes bei der Ätiologie und dem Fortschreiten des Krebses 744.
— Diffuses Karzinom des Integumentes der weiblichen Mamma und Brust („Cancer en Cuirasse") 748.
— Ungewöhnliche Verteilung der Metastasen bei Krebs der weiblichen Brustdrüse 748.
Beattie, J. M., s. Hall, A. J.
Beauchamp, Williams T. S., Die Kultur des Leprabazillus 466.
de Beaujeu, A. Jaubert, Über die Methode von Klingelfuß für die Messung der Quantitäten der X-Strahlen 298.
Becher, Friedrich, Über den jetzigen Stand der Salvarsanbehandlung nichtluetischer Krankheiten 363.
Beck 382.
— E. C., Behandlung der Analfistel mit Excision und Naht 132.
— K., Experimentelle Untersuchungen zur Frage nach der neurotoxischen Wirkung des Salvarsans 605.
— O., Über bilaterale Ertaubung u. Vestibularausschaltung nach Salvarsan 573.
Becker, G., Zur Behandlung des Milzbrandes 690.
Beez, Carl, Über ein direkt anzeigendes elektrisches Röntgenstrahlen-Energiemeter 298.
Beitzke, H., Über knötchenförmige syphilitische Leptomeningitis und über Arteriitis syphilitica 163.
Beix, Marcel, Der Kohlensäureschnee in der Behandlung d. Dermatosen 334.
Belloir s. Balzer, F.
Belot s. Pautrier, L. M.
Bénard, René, s. Widal, Fernand.
Benario, J., Über Neurorezidive nach Salvarsan- und Quecksilberbehandlung 146.
— Über die Schwankungen im Verlaufe der Nervensyphilis 162, ferner 509.
Benda 231.
Bendig, Paul, Über das Verhalten des Zuckers im Urin bei Salvarsanbehandlung 513.
Benedikt, A. L., Vernichtung der Wurzel der Geschlechtsleiden 624.
Bergé, A., u. Weissenbach, K. J., Kongenitaler Mangel der Fingernägel 730.
Bergell 169.

Digitized by Google

Bering 24 ff.
Berkely Hill 201.
Berkovitz, R., Salvarsan und das Nervensystem 547.
Bernasconi, Behandlung der plastischen Induration der Corpora cavernosa mit Radiotherapie 534.
Bernhard, Oskar, Heliotherapie im Hochgebirge. Mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose 467.
Bernhardt, G., Experimentelle Untersuchungen über die Scharlachätiologie 419.
— Robert, Koexistenz von papulo-nekrotischen Tuberkuliden und Lupus erythematosus 529.
Bernheim, W., u. Glueck, A., Beitrag z. Frage: Syphilis u. Tätowierung 597.
Bernstein, Henry A., Gangränöse Varizellen, kompliziert durch Irido-Chorioiditis 264.
Bertarelli, Die Lepra in den südamerikanischen Kolonien und ihre Gefahren für Italien 267.
— u. Parambos, Ätiologische Untersuchungen über den tropischen Pemphigus 34.
Bertier, H., u. Weissenbach, R. J., Ein Fall von Nävokarzinom 565.
Bertin 110.
Bertlin, H., Zwei Vorlesungen über Unicellula Cancri, den Parasiten des Krebses 745.
Bertrand 7.
Besançon 277.
Besnier 133 ff.
Besserer (Münster) s. Boegershausen.
v. Betegh, L., Beiträge zur Ätiologie der Maul- und Klauenseuche 483.
Bettmann, Beitrag zur Lehre von den kongenitalen Dyskeratosen 177.
*— Zur Frage der syphilitischen Reinfektion 221.
— u. Laubenheimer, Über die Wirkung des Salvarsans auf den Milzbrand 691, ferner 22 ff., 191, 503, 546.
de Beurmann u. Gougerot, Augenblicklicher Stand der Sporotrichosisfrage 177.
— — u. Vaucher, Oidiomycosis gummosa ulcerosa disseminata, eine neue, durch einen neuen Parasiten, das Oidium cutaneum, hervorgerufene Mykose 480.
— Verdun u. Bith, Cylindrome im Gesicht und auf der behaarten Kopfhaut 124, ferner 20.
Biach, Moritz, Zur Unterscheidung der Urticaria pigmentosa von der Urticaria xanthelasmoidea 531; s. Glingar, A.
Bieberbach, Walter, Subkutane Quecksilberinjektionen in der Behandlung der Syphilis 215.
Billings, Frank, Syphilis der Eingeweide 188.
Bindermann, Ignaz, Ein Fall von Syphiloma hypertrophicum diffusum 175.
Birnbaum 231.
Bith s. de Beurmann.
Bizard s. Sicard.
Bizzozero, Enzo, Über den Einfluß der Jodkaliumbehandlung auf die Wassermannsche Reaktion 151.
Bjarnhjedinsson, S., Lepra und Karzinom 270.
Bjelow, Das Fazit der 1½jähr. Erforschung des Salvarsans in Verbindung mit der Idee von Prof. Ehrlich von der Therapia magna sterilisans 505.
Bjoerling, E., Gibt es einen bestimmten Unterschied zwischen dem Prostatasekret bei einem normalen Falle und bei einer Prostatitis? 529.
Blaschko, A., Nochmals Prof. Gruber und der Schutz gegen die Geschlechtskrankheiten 625.
— Was leistet das Salvarsan bei der Behandlung der frischen Syphilis? 627.
— u. Jacobsohn, Therapeutisches Taschenbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten 38, ferner 453, 726.
Le Blaye, R., Merkurielle Stomatitis, m. Salvarsan behandelt 160; s. Fage, A.
Bloch s. Sicard, ferner 138, 235, 280.
— Bruno, Die Behandlung der Geschlechtsleiden durch den praktischen Arzt 484.
Blondin, Paul, s. Tissier, Paul L.
Blühdorn, K., Ein Fall von Streptokokkensepsis mit purulentem Ödem nach Varizellen 470.
Blümel, Fritz, Abnormes Längenwachstum in den langen Röhrenknochen bei hereditärer Lues 161.
Blum, Viktor, Meine Methode der intravesikalen Operation von Blasentumoren 96, 677.
— Über den Wert der Pyelographie zur Diagnose des erweiterten Nierenbeckens 624.
Blumenthal, A., Einige Bemerkungen über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan 655.
— F., Wassermannsche Reaktion und experimentelle Kaninchensyphilis 106, ferner 42.
— Franz, 375.
Boas, Harald, Das Verhältnis der Prurigo Hebra zur Tuberkulose 293.
— Züchtung von Spirochaeta pallida 293; s. Thomsen, Oluf.

Digitized by Google

Boeck 165, 234.
Boeckel, André, Die Ausschließung der Blase bei der Nieren-Blasentuberkulose 601.
Boegershausen (Lüdinghausen) und Besserer, Die als Alopecia parvimaculata (kleinfleckige Haarkrankheit) bezeichnete Haarkrankheit 480.
Boehm, Joseph L., Tatsachen und Täuschungen bei der Behandlung der Syphilis mit Salvarsan 631.
Böing, H., Der gegenwärtige Stand der Impffrage 471.
Boethke, Oswald, Atoxyl und atoxylsaures Quecksilber in der Behandlung der Syphilis 217.
Bogart, G. Henri, Das Gesetz von Utah 264.
van der Bogert, Frank, Ein Fall von kongenitaler Stenose des Ileums, anscheinend syphilitischen Ursprungs 160.
Bogrow, Sergius L., Atrophia maculosa cutis 67.
— Mikrosporie 68.
— Zur Kenntnis der atypischen bullösen Hautaffektionen 177.
— Zur Diagnose und Therapie der Pilzkrankheiten des behaarten Kopfes 478.
— Praktisches zur intravenösen Anwendung d. Salvarsans 535, ferner 312, 648.
Bohac 394.
Bolam, Rob. A., Trichophyton rosaceum 353.
Bond, C. D., Über Krebs 742.
Bonn, E., Aphorismen zur Salvarsantherapie nach bisheriger Eigenbeobachtung 626.
Bonnet, L. M., Sporotrichose 477.
— Favus der Ratte 481.
— Primäre Sporotrichose des Fersenbeins 564.
— Betrachtungen über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan 655.
— Paul, Die Melanose und die melanotischen Tumoren. Der moderne Stand der Frage. Eigene Untersuchungen 738.
Bonzani, Guido, Über den Wert des urologischen Koeffizienten bei Nierenoperationen 143.
Bormann, Aknekeloid 443, ferner 318, 320, 464.
Bornemann 17, 20.
v. Borosini, A., Erzeugung von aktiver Hyperämie vermittels einer Wärmekompresse 386.
Bosellini, P. L., Bericht über menschliche Botryomykose 177.
— Über die sogenannten Tuberkulide, Acne scrophulosorum, Folliklis, Aknitis 356.
Bosellini, P. L., Lichenoides Tuberkulid vom Typus des Lichen Wilson 379.
Botelli, Carlo, Beitrag zum Studium d. Pemphigus vegetans (Neumann) 146.
Botez, Georges, Betrachtungen über die Pathologie und Chirurgie der Hufeisenniere 380, 601, 680.
Botezat, E., Knäuelartige Nervenendigungen in der Vogelhaut 39.
Bourcy, P., u. Legueu, F., Bemerkung zu einer großen Zyste der Nebenniere 380.
Bourneville 404.
Bousrez, A., Nervöse und abdominelle Störungen bei Purpura. Ihre gemeinsame Ursache: Ödem 415.
Boyton, W. H., Anthrax auf den Philippinen 690.
Bozeman, Nathan G., Saug-Drainage bei Blasenkrankheiten 264.
Brachet, Léon, Elefantiasis und Tuberkulose 688.
Brandt 248.
Brault, J., Elefantiasis und Paratuberkulose 177.
— Behandlung der Mykosis fungoides mit den neuen Arsenpräparaten 235.
— Behandlung der Lepra mit Salvarsan 235.
— Pellagra u. pellagroides Erythem 237.
— Ein neuer Fall von Achorion Quinckeanum beim Menschen 567.
— Primäraffekt auf der Zunge 567.
*— Einige interessante Lokalisationen von Pilzerkrankungen 613.
— Epitheliome bei den Eingeborenen in Algier 740.
— u. Masselot, Lucien, Über eine neue Pilzerkrankung 125.
Braun, Max, Intravenöse Salvarsaninjektionen ohne Kochsalzzusatz 534.
Braunstein 169.
Brauss, Willy, Zur Technik der intravenösen Injektion von Salvarsan 537.
Breda, Achille, Einige neue Publikationen über Frambösia oder Bouba 35, 733.
— Radium gegen Angiome 298.
— Salvarsan und hereditäre Syphilis 355, 607.
Brehier, Georges, Elefantiasis und Myxödem 688.
Breitenstein, H., 200.
Breitmann, M., Über die syphilitischen Erkrankungen des Herzens als Indikation und als Kontraindikation für die Behandlung mit Salvarsan 541, 542.
Brelet, Behandlung des Gesichtserysipels 687.
Bremener, Die Bekämpfung der venerischen Krankheiten auf der hygieni-

Digitized by Google

schen Ausstellung in Dresden 652, ferner 68.
Bricout s. Gaucher, Mouchet, Alb.
Broca, A., Infantiler Skorbut im Beginn 417.
Brocq, L., Kritische Studie über das Erythema polymorphum und die polymorphen Dermatitiden 327.
— Einige Bemerkungen über das Ekzem 473.
— u. Fage, Keratodermia symmetrica palmaris et plantaris 234.
— — Lokalisierte Sporotrichose mit langsamem Verlaufe 237.
— u. Fernet, P., Reinfektion nach Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber 234, ferner 84.
Brongersma, H., Ein Fall von doppeltem kongenitalem Blasendivertikel 731.
Broquin (Troyes), Folgen des Vertrauens in die Salvarsanbehandlung 330.
Broustal, Georges, Salvarsanbehandlung der Syphilis 655.
Brown, A., Beobachtungen über toxische Wirkungen von Aspirin 395.
— Everett J., Karbolgangrän 219.
Browning, C. H., u. Mackenzie, D., Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan 627; s. Edington, G. H.
Bruce, W. J., Pyelographie und die Verwendung von Kollargol für die Diagnose der Erkrankungen der Urinwege 31.
Bruck, C., Über die gegenseitige Beeinflussung von Quecksilber und Schwefel im Organismus 101.
Brüchler, O., Beitrag zur Kenntnis der fieberhaften Reaktionen nach intravenösen Salvarsaninjektionen 443.
Bruhns, Ichthyosis 289.
— Immunität nach Trichophytie-Infektion 290, ferner 285.
*Bruner, Edward, Zur Kenntnis des Ulcus molle extragenitale. Ein Fall von Ulcus molle am Fuße 277.
Bruusgaard, Über Lupus follicularis disseminatus 178.
— Über Lymphogranulomatosis cutis 293.
Le Bruyant 110.
Brytschew 68.
Buka, Alfred, Gründe für die ungenügenden Heilerfolge der Blennorrhöe der Geschlechts- und Harnwege 69.
Bukovsky 165.
Bulkley, L. Duncan, Die Einwirkung des Alkohols auf gewisse Hauterkrankungen 336.
— Persönliche Erfahrungen mit reiner Reisdiät bei akuten entzündlichen Erkrankungen der Haut 336.
Bulkley, L. Duncan, Über die Behandlung des Epithelioms, des Lupus usw. mit Thoriumpaste 385.
— 140 Fälle von Psoriasis bei Privatpatienten unter vegetabilischer Diät 476.
— Die Röntgenstrahlenbehandlung des Herpes tonsurans der Kopfhaut 480.
Bunch, J. L., Granuloma annulare bei einem 2½jährigen Knaben 207.
— Fall von atrophischem Tuberkulid 291.
— Fall von multiplen Angiomen 291.
— Urticaria pigmentosa bei einem zehn Monate alten Säugling 291.
— Hereditäre Syphilis und ihre Behandlung mit Salvarsan 607.
— Fall von kongenitalem Xanthom 708.
Burchell, E. B., s. Slushen, W. C.
Burchill, E., s. Schoenberg, J.
Burger, Leo, Über das Zystoskop 92.
Burke, John G., Lanolinölemulsion von Salvarsan 69.
Burnand (Leysin), Ein Fall von merkurieller Idiosynkrasie 358.
Burnet s. Thibierge.
Burnier 88.
— R., Gefahren und Kontraindikationen des Salvarsans 542.
Buschke, A., u. Hirschfeld, Über Leucosarcomatosis cutis 660, ferner 146, 248, 278, 369, 398 ff.
Butcher, W. D., Diskussion über die Radiumtherapie 30.
Buys, Ein neuer Fall von heredosyphilitischer Labyrinthitis mit dem Hennebertschen Symptomenkomplex 160.

Caan, A., s. Czerny, S., Werner, R.
Cabral, Aristides Fiallo, Mikrobische Natur der Urtikaria, der pruriginösen Dermatosen und des Herpes 484.
Caffrey, A. J., Erfahrungen mit Salvarsan 70.
Caforio, Luigi, Die Bedeutung einiger urologischer Befunde für die Diagnose der malignen Epithelialtumoren 740.
Cailliau, Anatomische und histologische Untersuchung eines Falles von tertiärer Nierensyphilis 213.
Cain, André, s. Renault, Jules.
Calcaterra, Ezio, Über die Wassermannsche Reaktion bei nichtsyphilitischem Serum und über Lezithin als Antigen 150.
Calvo, Felix Domingo, Die spezifischen Behandlungen 37.
Cameron, J., Nephritis bei sekundärer Syphilis 188.
Camous, Louis, Salvarsanbehandlung der Syphilis 633.
Campa, F. M., Die Syphilisdiagnose und die Wassermannsche Reaktion 294.

Digitized by Google

Campana, R., Über das Molluscum contagiosum des Menschen (Kultur und andere Versuche) 35, 465.
— Die Arteriosklerose in ihren Beziehungen zur Syphilis 153.
— Tuberkulose und Tuberkuline 354, ferner 35, 355.
Campbell, C. 31.
Cappelli 115 ff.
Caraven (Amiens), Tödliche Vergiftung nach Salvarsan 329.
Carle, Salvarsan 609.
— Die Deutung der Gesetze der Erbsyphilis 729.
Carpenter, H. C., s. Matthews, A. C.
de Carrasquilla, Juan 267.
Casagrandi 277.
Casares s. Gil.
Cash, J. Th., Die durch das ostindische Satinholz (Chloroxylon Swietenia) erzeugte Dermatitis 217.
Caspari u. Loewi, Über ein indianisches Pfeilgift nebst Versuchen mit einem aus der Haut von Rana esculenta gewonnenen Gift 149.
Casper, Leopold, Die Diagnostik der Ureterensteine 238.
— u. Citron, A., Die Beeinflussung der infektiösen Prozesse der Harnwege 72.
du Castel, J., Naevus pilaris, dessen Haare in „Köcherform" stehen 409.
Castellani, Aldo, Trichomykosis flava, nigra und rubra der Achselgegenden 32, ferner 292.
Cathelin, F., Ein neues Instrument zum Messen der Sonden 533.
— Die Gesetze des Harnstoffs und der Chloride im getrennt aufgefangenen Urin 680, ferner 294.
Caussade 579.
Cautacuzène, J., Scharlachimpfung auf niedere Affen 419.
Cavagnis, Beobachtungen bei drei Fällen von Sarcoma Kaposi 34.
Cealic, M., s. Héresco, P.
Cech, Bromoderma beim Säugling 394.
Ceni, Carlo, Über die verschiedene Giftigkeit der Schimmelpilze je nach der Jahreszeit 43.
Chalier, J., s. Weill, E.
Chamberlain, Weston P., Das Vorkommen von Spirochäten und fusiformen Bazillen bei Rachengeschwüren (Angina Vincenti) und bei Geschwüren des Mundes und der Haut und in Lungenveränderungen (Spirochaetosis bronchialis) bei den Bewohnern der Philippinen 656.
Chance, Burton, Ein Fall von Keratitis und Rosazea 516.
Chandler, H. Beckles, Pemphigus der Konjunktiva 677.
Charlet 109.
Chatonnet, J. M. J., Über Peritonitis und Erysipelas außerhalb des puerperalen Zustandes 686.
Chetwood, Charles H., Vereinfachte Technik der intravenösen Salvarsaninjektion 535.
Chevallier, P., s. Jeanselme, E.
Chevalier-Seyvet, Charles, Salvarsaneinspritzungen, Technik und Zufälle 535.
Chevkiet Bey s. Hodera, Menahem.
Chiari, O., Kasuistik der Salvarsanwirkung bei Lues d. oberen Luftwege 578.
Chipmann, Ernest D., Ein Fall von Granuloma annulare 33.
Chirvino 454 ff.
Cholzow, Ein Fall von allgemeiner Gonokokkeninfektion (Gonoseptikämie) 97.
Chotzen, Martin, Praktische Vorschläge für die Durchführung einer sexuellen Erziehung 625.
Choutela, Ch., s. Jeanselme, E.
Chrzelitzer, Über Jodozitin 168.
Citron, A., s. Casper, Leopold.
— Julius, Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Therapie der Syphilis 150.
Ciuffo 109 ff.
Civatte, A., Die Chemie der Haut nach den neuen Arbeiten von Unna und seinen Mitarbeitern 233.
Claude, Henri, u. Schaeffer, H., Der paralytische Zoster der Hirnnerven und die Theorie der akuten Poliomyelitis posterior 266.
Clausius 7.
Clerc 201, 280.
Clingestein, Fall von Thromboses à distance nach intravenöser Salvarsaninjektion 92, ferner 410.
Cnopf, Julius, s. Neuberger, J.
Codd, J. A. 30.
Cohen, Myer Solis, Die Zeiten der Blutkoagulation bei Hautkrankheiten 264.
Cohn, G., Die oberen Luftwege bei den Leprösen des Memeler Lepraheims 269.
Cole, Lewis Gregory, Radiographie von mit Gas oder Luft aufgefüllten Nieren 70.
Colebrook, L., s. Fleming, A.
Colombini 278.
Colver, B. N., Klinischer Bericht über einen Fall von Pellagra, dem ersten aus Michigan 392.
Colzow, B. N., Über die Technik und die Resultate der suprapubischen Prostatektomie in zwei und drei Zeiten nach eigenen Beobachtungen 212.

Digitized by Google

Compan, V., Zwei neue Instrumente für die transvesikale Prostatektomie 238.
Condat s. Balzer, F.
Constantinesco, Georges, Ein Fall von tuberkulöser Striktur der Urethra bei einem Kranken mit Tuberkulose der Harnwege 238.
Copper, Henri, Ein Fall von Okulomotoriuslähmung nach Salvarsaninjektion 574.
Coppolino, Carlo, Über zwei Fälle von papulonekrotischem Tuberkulid 35.
— Anaphylaxiephänomene in der Haut 356.
Corbus, B. C., Ein Jahr Erfahrungen mit Salvarsan. Bericht über 230 Injektionen mit besonderer Beziehung zu Komplikationen des Auges und des Ohres 503.
Coulon, Gabriel, Tertiäre syphilitische Thyreoiditis 600.
Coutela 361.
Covisa, J. S., Ein Anfall von Blutdruckvermehrung nach einer Salvarsaninjektion 36, 541.
— Ein Fall von Syphilis d'emblée 103.
— Ein Fall von Talalgie syphilitischen Ursprungs 162.
— Ein merkwürdiger Fall von Medullarsyphilis 209.
Coyon u. Gougerot, Zirzinnäres, zentrifugales Erythem 236.
— — Verschiedene Hauttuberkulosen: Lupus pernio der Hände, Nase und Ohren; Lupus erythematosus squamosus der Hände, Ohren und des Halses; papulonekrotische Tuberkulide der Arme 236.
Craig, Charles F., und Nichols, Henry J., Der Einfluß des Alkohols auf die Reaktion nach Wassermann bei Syphilis 154.
Cramp, Walter C., Akute Infektionen an den Händen 264.
Croissant s. Gaucher.
Cronquist, Carl, Zur Kenntnis der strichförmigen Hautkrankheiten 178.
Crocker, Radcliffe 84 ff.
Crocqu, Salvarsan bei Nerven- und Geisteskrankheiten 568.
Cropfer, J., Die frühzeitige Exzision von Furunkeln 658.
Crothers, T. D., Alkohol u. Geschlechtskrankheiten 677.
Crowell, A. J., s. King, Parks M.
Crozer Griffith, J. P., Ein Fall von Scharlachrezidiv 450.
Csillag, J., Über „trockene" oder „Milchcreme" 356.
Culver, George D., s. Montgomery, Douglas W.
Curtis, F. C., Die Indikationen bei Psoriasis 476.
Czerny, S., u. Caan, A., Über die Behandlung bösartiger Geschwülste mit radioaktiven Substanzen, speziell mit Aktinium 736.
— — Über die Behandlung bösartiger Geschwülste mit Mesothorium und Thorium X 737.
von Czyhlarz, E., Über afebril verlaufendes Erysipel 685.

Dainville, E. François, s. Hallopeau, H.
Dakin, W. B., Apparat zur intravenösen Salvarsaninjektion mit vorhergehender u. nachfolgender Kochsalzlösung 300.
v. Dalmady, Z., Versuche zur klinischen Beobachtung der Lymphzirkulation der Haut 40.
Dalmahog-Allan, J. C., Die Gefahren der Karbolsäuresalbe in tropischen Gegenden 359.
Damianos, Chronische Vergiftung mit einem Paraphenylendiamin-Haarfärbemittel 150.
Dandois, Fall zum Diagnostizieren 261.
Dandoy, Le Clerc, Die Behandlung der Tuberkulose der Harnwege mit Tuberkulin 534.
Danielewsky 168 ff.
Darbois, P., siehe Hudelo, Jeanselme, E.
Darier 165.
Dascaloff, Strachimir, Aktinomykosis der Haut 712.
David, T., Salvarsan und der Nervus acusticus 571.
Davidson, Felix, Eine neue Hochfrequenzelektrode 299.
Davis, H., Ein Fall von eigentümlicher Pigmentbildung am Gesicht 598.
— Ein durch kalkige Entartung komplizierter Fall von Raynaudscher Krankheit 707.
Dawson, G. W., Ein einfacher Apparat zur intravenösen oder intramuskulären Injektion von Salvarsan 537.
Debove, Pathogenese der dyskrasischen Ödeme 395.
Debre 295.
Debuys, L. R., Die Wirkung des Salvarsans auf kongenitale Syphilis 607.
Dekeyser, Leon, Über die belgischen Leprosorien im Mittelalter 325.
Delbanco, Ernst, Lupus miliaris, geheilt durch Neutuberkulin 178; siehe Trömner, E.
Delbet, Pierre, Die syphilitische Natur mancher Darmharnfisteln 188.

Digitized by Google

Della Favera 115 ff.
Delmanche, R., u. Ménard, P. J., Gibt es eine syphilitische Polyneuritis? 186.
Demerikow 249.
Derra, Albert, Die Sero-Reaktion nach Wassermann bei Kaninchen nach Lepra-Impfung 466.
Derscheid, Tuberkulose mit Syphilis vergesellschaftet 217.
Desbouis 110.
Desmoulières, Zirkulation und Transformation des Quecksilbers im Organismus 357; s. Paris.
Desneux, D., u. Dujardin, B., Über Abweichungen im Verlauf der Syphilis nach Anwendung von Salvarsan 545; s. Bayet, A.
Desnos, E., Fremdkörper, vom Appendix herstammend, welcher einen Blasenstein vortäuschte 680.
Dessauer, Friedr., u. Wiesner, B., Leitfaden des Röntgenverfahrens 97.
Detape s. Gougerot.
Deutsch, S., s. Epstein, Emil.
Devergie 205.
Devilla, S., Über die Ausscheidung des Arseniks durch Harn und Milch nach der Einspritzung von Salvarsan 512.
Deycke, G., Die bisherigen Ergebnisse der Leprabehandlung mit Nastin 271.
Dicristina, G., Über einen mit polyvalentem Antistreptokokkenserum behandelten Fall von Erysipelas bei einem Neugeborenen 686.
Dietz 261.
Digby, K., Fall von vernarbendem Sarkom 28.
Dives, Felix, Beitrag zum Studium der Syphilisbehandlung mit Hektin und Hektargyre 216.
Djelaleddin-Mouktar 206, 292.
Döhle (Kiel), Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 420.
Dösseker, W., Über die Neurorezidive nach Salvarsan 569.
Doflein 42.
Dogny, M., s. Lévy-Bing.
Dohi, K., u. Tanaka, T., Unsere Erfahrungen über die Salvarsanbehandlung im Laufe eines Jahres 508; siehe Dohi, Sh.
— Sh., Die Anwendung der Röntgenstrahlen in der Dermatotherapie und einige damit behandelte Fälle 210.
— Ein durch Röntgenbehandlung geheilter Plattenepithelkrebs und einige andere gleich behandelte Fälle von Hautkrankheiten (Ekzema chron., Psoriasis, Lichen Vidal, Lupus erythematosus) 211.
Dohi, Sh., Über die hämolytische Wirkung des Sublimats 385.
— u. Dohi, K., Zur Klinik und Ätiologie der Impetigo contagiosa 531.
Donagh, J. E. R., Fall von syphilitischer Elefantiasis des Skrotums (Lymphangitis) 326.
*Dorn, Paul, Erfahrungen mit Gonokokkenvakzine Arthigon 301.
— Zum Blutbild bei Lues und Salvarsaninjektion 325.
Dorney, Hal, Die Entstehung von Mastzellen aus Lymphozyten und Plasmazellen 39.
Douglas, S. R., s. Little, E. G. G.
Dore, S. E., Kleiner Naevus linearis der Palmarseite der Hand bei einem fünfjährigen Mädchen 598; s. Morris, M.
Dreuw, Über kontinuierliche Harnröhrenspülung und lokalisierte Harnröhrenmassage 178.
— Über eine neue Kanüle zur Blutentnahme aus der Vene und einen Handgriff zur Reinigung der Kanülen 220.
— Kann Salvarsan das Quecksilber ersetzen? 610.
*— Vermehrung der reduzierenden Wirkung der Pyrogallolpflaster 618.
Druelle 285.
Dubar jun., Gefärbte Lösungen zur Lokalanästhesie 263.
Du Bois, Syphilisrezidive trotz dreimaliger Salvarsaninjektion und trotz Negativwerdens der Wassermannschen Reaktion 235.
— Ein kryptogamer Parasit bei den erythematosquamösen Dermatosen vom Typus der Pityriasis rosea Gibert 323.
Dubois-Havenith, Fall zum Diagnostizieren 232.
— Großes Epithelioma vegetans der Stirn 741.
— Epithelioma dissecans des Gesichts 741.
— Epitheliom der Stirn. Rezidiv nach Röntgenbehandlung. Exstirpation, Heilung 741.
— Epithelioma exulcerans vegetans der Stirn mit korrespondierender Drüsenschwellung. Röntgenbehandlung 741.
Dubreuil, Gumma der Iris, 158.
Dubreuilh, W., Die zirkumskripte präkanzeröse Melanose 564, 729.
Ducrey 277.
Dufourt, A., s. Mollard, J.
Duhot, Robert, Über einen Fall von schwerem syphilitischen Ikterus während der Behandlung mit Hektin. Heilung durch Salvarsan 216.
— Die Schädlichkeit des Hektins für den Nervus acusticus 383.
— Die Salvarsanfrage am 4. Dezember 1910 501.

Digitized by Google

Duhot, Robert, Die Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch die Salvarsanbehandlung 501.
— Die Pathogenese des Fiebers nach den intravenösen Salvarsaninjektionen 501.
— Die Salvarsaninjektion als Kontrolle der Wassermannschen Reaktion 511.
— Über die Wahl der Methode in der Salvarsanbehandlung der Syphilis 514.
— Methode der stark verdünnten, sauren, intravenösen Salvarsaninjektion in der Behandlung der Syphilis. Therapeutische Überlegenheit der sauren Methode 514.
— Physiologische und klinische Bemerkungen über die sauren intravenösen Salvarsaninjektionen, auf 800 Injektionen beruhend 515.
— Wie verhütet man die Ohnmacht nach intravenösen Salvarsaninjektionen? 540.
— Wie soll man die Zirkulationsstörungen während der intravenösen Salvarsaninjektionen vermeiden? 541.
— Ein neuer Fall von Reinfektion nach Salvarsanbehandlung 546.
— Einige Beobachtungen über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan 655.
Duhring 327.
Dujardin, B., Klinische Untersuchungen über die Ätiologie der Psoriasis vulgaris 476; siehe Desneux, D., Bayet, A.
v. Dungern. (Heidelberg), Zur Biologie des Rundzellensarkoms d. Hundes 738.
Dureaux 110.
Duroeux, L., s. Lévy-Bing, Alfred.
Duroy 173.
Duvigneaud, Rochon, Augenstörungen nach Salvarsaninjektionen 361.

Eberlein, R., Über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf den Erreger der Botryomykose 691.
Edgeworth, F. H., Über das Vorkommen von allgemeinem, subkutanem, nicht renalem Ödem bei mehreren Familienmitgliedern 394.
Edington, G. H., u. Browning, C. H., Ulzerogummöses Syphilid, mit Salvarsan behandelt 603.
Eggers, H. E., s. Hektoen, Ludwig.
Ehrlich, Leo, 443.
— P., Über Salvarsan 362.
— Richtigstellung zu der Arbeit Fritz Lessers: Hyperideal u. Salvarsan 611.
— Kraus, J., und v. Wassermann, A., Zwei Jahre Salvarsantherapie 625, ferner 236, 509.
Ehrmann 12, 133 ff., 503.
Eich, Paul, Beiträge zur pathologischen Histologie, Genese und Ätiologie der Doehle-Hellerschen Aortitis 152.
Eichhorst 551.
Eisenstaedt, J. S., Quecksilberbehandlung bei Syphilis nach Salvarsaninjektionen 610.
Eitner, Ernst, Intravenöse Salvarsaninjektionen 537.
Elder, F., s. Ballenger, G.
— O. V., s. Ballenger, E. G.
Elfer, A., Über einige Eigenschaften des syphilitischen Blutserums vom immunochemischen Standpunkt 128.
Eliasberg, Nadeschda, Klinische Beobachtungen über Aktinomykose 712.
Elliot 456.
— Daniel, u. Martland, H. S., Purpura 396.
Ellis, Arthur M. W., s. Swift, F.
Ellmenger, Frank J., s. Fleming, Alexander.
Elmiger, G., Über Varizellen. Nach Beobachtungen auf der Züricher medizinischen Klinik 470.
Elrod, J. O., Natrium cacodylicum bei vier Fällen von Pellagra 393.
Emery, Ein Brief von Ehrlich über Salvarsan 236.
— Wie soll man Salvarsan zur Injektion präparieren und wieviel soll man injizieren? 362.
— Die Herstellungen der Salvarsanlösungen u. ihre Dosierung 535, ferner 552.
Emrys-Jones, F. 30.
Engel Bey, Fr., Kann man dem Antileprol eine spezifische Wirkung auf die Lepra zuerkennen? 178.
— Die Behandlung der Lepra, speziell mit Hilfe des Antileprols 294.
*Engelbreth, C., Ursprung der Lepra 700, 723.
Engelmann, F., Zur Technik und Dosierung der Salvarsaninjektionen bei der Behandlung d. Neugeborenen 516.
Engeman, Martin F., Zungenepitheliom: 9 Jahre nach der Behandlung mit Röntgenstrahlen ohne Rezidiv 741.
Engler 7.
Engmann 332.
Engstad, J. E., Acht Fälle von Lepra 467.
Epstein, Emil, u. Deutsch, S., Nachprüfung der nach Angabe Müllers und Landsteiners modifizierten Methodik der Wassermannschen Reaktion mit nicht inaktiviertem Serum 154.
Erichsen 197.
Eshner, Augustus A., s. Wood, Alfr.
Ettinger s. Sulzer, Fage.

Digitized by Google

Evans, A. J., Ein Apparat für die intravenöse Injektion von Salvarsan 516.
— W., Salvarsan bei Syphilis 655.
Ewald 46.
Eyles, Franz, Ostitis und Osteomyelitis luetica des linken horizontalen Unterkieferastes in einem Falle von Lues hereditaria tarda 161.

Fabry, Joh., Über einen Fall von Reinfectio syphilitica 104.
— Die Anwendung der Payrschen Operation bei Gesichtslupus 530.
— u. Kretzmer, Zur Behandlung der tertiären Syphilis mit Salvarsan 603.
Fage, A., u. Le Blaye, R., Flächenhaftes Lymphepitheliom bei Brustdrüsenkrebs 379.
— u. Ettinger, Meningeale Spätsymptome bei einem mit Salvarsan und Quecksilber behandelten Syphilitiker 565; s. Brocq, Sulzer.
Fallas s. Hicguet.
— Alfred, Geperltes Hautepitheliom, welches auf alle Sinus des Gesichts übergegriffen hatte 741.
Faroy, Spirochätenfund bei tertiärer Syphilis der Niere mit amyloider Degeneration 213.
Farrant, R., Ein Fall von Ulcus rodens mit einigen ungewöhnlichen Erscheinungen 742.
Fasal, Hugo, Über karzinomatöse Hautmetastasen 748.
Favento (Triest), Beitrag zur Salvarsanbehandlung der Syphilis 654.
Favre 109, 550.
— M., s. Mollard, J.
Fearnsides, E. Greaves, Telangiektasien bei Kindern in Verbindung mit lange währender, schwächender Diarrhöe 408.
— Ein Fall von Abnormitäten der Fingernägel in Verbindung mit sekundärer Karzinosis 708.
— u. Sequeira, J. H., Fälle von paarigen Zervikalrippen in Verbindung mit vaskulären, an die Raynaudsche Krankheit erinnernden Erscheinungen 708.
Feer, Gibt es Krankheiten der Dentition? 132.
Feindel, E., Die Lepra in Kolumbien 267.
Fejér, J., Salvarsan und das Auge 575.
Felix, Eugène, Salvarsan und Labyrinthstörungen 572.
Fellner, Ottfried O., Die Therapie der Wiener Spezialärzte 653.
Fenwick, Hurry, Ausgedehnte Resektionen der Blasenwand 262.
Ferguson, W. M., Ein mit Sclavoschem Serum behandelter Fall von Anthrax 690.
Fernet, Pierre, Die „Parakératoses psoriasiformes" von Brocq 476; siehe Brocq, L.
Ferrannini, Luigi, Experimentelle Untersuchungen über die pharmakologische Wirkung des Salvarsans 359.
Feuerstein, Leon, Über Vakzinetherapie einiger Hautkrankheiten und Tripperkomplikationen 333.
Fichera, G., Die Wirkung der Produkte der homogenen fötalen Autolyse bei malignen Tumoren des Menschen 735.
Fichot, E. S., Syphilitische Lebergummata beim Erwachsenen 213.
*Fick, Johannes, Über die Unbrauchbarkeit der Arbeitshypothese „Endotheliom" 488.
Fidelholz, Sch. M., Die Erfolge der spezifischen Behandlung der metasyphilitischen Krankheiten des Zentralnervensystems 163.
Fielick (Straßburg i. E.), Über Sporotrichose 478.
Fiessinger, Ch., Die Arteriosklerose des Herzens und der Aorta ist oft nur Syphilis 153.
Filamo, Paolo, Das Verhalten der Haut und des Urins bei einigen hereditärsyphiliohämischen Zuständen 35.
Filarétopoulo, F., Behandlung der tertiären Syphilis mit Jodipin 216.
Fildes, P., s. McIntosh, J.
Finger, E., Bedenkliche Nebenerscheinungen bei einigen mit Salvarsan behandelten Patienten 543.
— Die Nebenwirkungen des Salvarsans 569, ferner 24 ff., 146, 162, 374.
Finkelstein 369 ff.
Finzi, N. F. 31.
Fiorani, Piér Luigi, Erythema pellagrosum und Erythema solare 408.
Fischel 5, 530.
Fischer u. Zernick, Weitere Beiträge zur Neurotropie und Depotwirkung des Salvarsans 568, ferner 146, 277, 394.
Fischer, B., Über einen Todesfall durch Encephalitis haemorrhagica im Anschluß an eine Salvarsaninjektion 605.
— Franz, Ulcera varicosa. Ihre Behandlung mit Berücksichtigung der Indikationsstellung 143, 205, 326.
— W., Über eine dem Lichen sclerosus (Hallopeau) angenäherte Form der zirkumskripten Sklerodermie 178.
Fisichella, Vincenzo, Toxikodermien im Anschluß an Salvarsaninjektionen 361.
Fleig s. Tansard.
— Ch., Über die intravenösen sauren und

Digitized by Google

löslichen und die intravenösen neutralen, unlöslichen Salvarsaninjektionen 515.
Fleming u. Stewart, Anthrax der Haut und des Gastro-Intestinaltraktes 690.
— A., u. Colebrook, L., Über den Wert des Salvarsans in der Syphilistherapie 634.
— Alexander, u. Ellmenger, Fr. J., Eine einfache Technik zur Ausführung der Komplementfixation bei Syphilis 157.
Flesch, Max, Der Kampf gegen das Animierkneipenwesen in Frankfurt am Main 624.
— § 184, 3, 624, 625.
Flinser (Plauen), Pockenschutz und Impfschutz 471.
y Florez, Montoya 267.
Flu, P. C., Die Ätiologie der in Surinam vorkommenden sog. Boschyaros, einer der Aleppobeule analogen Erkrankung 715.
— Bericht über die Behandlung von 700 Fällen von Framboesia tropica und 4 Fällen von Pian Bois mit Salvarsan 734.
*Fluss, Karl, Zur Kritik der Atropinbehandlung d. Blennorrhöe d. Mannes 192.
Foerster, A., Das Verhalten der Wassermannschen Reaktion zum Karzinom 744.
Foglietta, Ferdinando de Paolis, Einige seltene Veränderungen speziell der Epidermis bei hereditärer Lues 355.
Fokin, Atrophia cutis idiopathica progressiva 648.
— Lupus pernio der Handrücken und Lupus erythematosus des Gesichts 648, ferner 67, 649.
*Fontana, Artur, Über die Diagnose der Lues durch die Intradermoreaktion 109.
*— Die Hochfrequenz- und Hochspannungsströme bei der Behandlung einiger Hautkrankheiten 517, 554, ferner 278.
Foote, E. M., Zungensarkom und einige Affektionen, welche dasselbe vortäuschen 738.
Forchhammer, Über die Erfolge der Lupusbehandlung in Dänemark 271.
Le Fort 280.
Fossel, Viktor, Edward Jenners Untersuchung über die Ursachen und die Wirkungen der Kuhpocken (1798) 126.
Fouquet, Ch., Die verschiedenen Arten der Zubereitung und Verabfolgung des Salvarsans. Technik u. Dosierung 535.
— u. Pépin, Die Herstellung der alkalischen Salvarsanlösung 237.
Fournier 22, 88, 201, 280 ff., 376, 552.
— François, Rasches Filtrieren eines alkalischen, trüben Urins 681.
— L., Guénot u. Renault, M., Die interne Behandlung der Syphilis mit Salvarsan 236.
Fowler, Edmund Prince, Syphilis u. Erkrankungen des Ohres 677.
Fox, Howard, u. Trimple, W. B., Erfahrungen mit Salvarsan im New Yorker Hospital für Haut- u. Krebsleiden 508.
— T. Colcott, Akute Pityriasis d. Kopfhaut 29.
— Epitheliom von zweijährigem Bestand am Handrücken linkerseits 29.
— Fall von Lupus erythematosus mit Lokalisation auf der Kopfschwarte 291.
— Hebrasche Prurigo bei einem 15 Monate alten Mädchen 708, ferner 84 ff., 206, 292.
— W., Zwei selbständige primäre Neubildungen am Gesicht bei einer 72jähr. Frau, von denen die eine pigmentiert, die andere pigmentfrei war 207.
— Dariersche Krankheit bei einer 30jähr. verheirateten Frau 207.
— Fall von Pityriasis lichenoides chronica oder Lichen variegatus 326.
Fraenkel, Eugen, Die Röntgendiagnose der kongenitalen Knochensyphilis 161.
Franco, Enrico Emilio, Klinisches und Pathologisch-Anatomisches über einen Fall von Gonokokken-Pyonephrosis 413.
François, Paul, Dermatologische Statistik 1910 107.
Françon s. Lesnè.
Frank (Wiesbaden), Die experimentelle Übertragung der Syphilis auf Tiere 105.
Frankenhäuser 336.
Fraser, Thompson, Ein Fall von Pellagra 392.
Freistadtl, B., Hörnervenerkrankungen nach Anwendung von Salvarsan 571.
French, H. C., Salvarsan und Quecksilber zur Behandlung von Syphilis 610.
Frenkel (Heiden) u. Navassart, E., Über die Elimination des Salvarsans aus dem menschlichen Körper 512.
— Samy, Aberrierende Steine des Ureters 237.
Frescoln, Leonard C., Chirurgische Behandlungsmethoden der Haut 623.
Freshwater, Douglas, Die Ätiologie des Lupus erythematosus 409, 650.
Freund 376.
— Leopold, Lichtschädigungen d. Haut und Lichtschutzmittel 243 (bis).
— R., Mit Pferdeserum geheilte Schwangerschaftstoxikose 387.

Digitized by Google

Frey, E., Die Wirkung des Enesols auf metaluetische Nervenerkrankungen und die Wassermann-Reaktion 216.
Frieboes, Beitrag zur Klinik und Histopathologie der lokalen Salvarsanhautreaktion 91, ferner 23 ff., 546.
Friedberg, Elias, Über Salvarsan 363.
Friedberger, E., u. Masuda, Nilo, Über den Einfluß des Salvarsans auf die Intensität der Antikörperbildung beim Kaninchen 511.
Friedlander, D., Behandlung des Naevus vasculosus mit Kohlensäureschnee 205.
— Die Bedeutung von Muchs Granularkörperchen und die Antiforminmethode zur Bestimmung der Ätiologie der sog. Tuberkulide, mit spezieller Beziehung auf den Lupus erythematosus 354.
Friedländer, M., Ein Fall zur Diagnose 439.
— Pityriasis rubra pilaris 439.
— Fall von strichförmiger Hauterkrankung 439.
— W., Mesothorium 290, ferner 291.
Friedmann, Lepra anaesthetica 318.
— Kurt, Purpura haemorrhagica nach Fibrolysininjektionen 417.
Fritsch, Gustav, Eine bisher unbeachtete Verwendung d. Yohimbins 386.
Fritz, A., Ein Fall von Pellagra im Kindesalter 391.
Fromaget, Zwecklosigkeit der merkuriellen Behandlung der heredoluetischen Keratitis 160.
Frühwald, Richard, Über medikamentöse Spätexantheme nach intravenösen Salvarsaninjektionen 544.
Fuad Bey s. Hodara, Menahem.
Fürbringer, P., Zur Kenntnis der Natur der Prostatakörner 71.
Füresc, Eugen, Einige Bemerkungen zur intravenösen Anwendung des Salvarsans 537.
Fürst, M., Ein neuer Schutzverband bei der Lichtbehandlung der Hautkrankheiten 297.
Fürstenau, R., Über Röntgenstrahlendosierung 298.
Fujitani, Y., Über die Behandlung einiger Hautkrankheiten mit Kochsalzinfusion 211; s. Watanabe.

Gaillard, Philippe, Über die Venensyphilis mit besonderer Berücksichtigung der Phlebitis syphilitica praecox der oberflächlichen Extremitätenvenen 154.
Galewsky, E., Beitrag zur Kenntnis des Boeckschen benignen Sarkoids 179.
*— Über das spontane Verschwinden juveniler oder harter Warzen im Anschluß an die Behandlung 589.
Gallet s. Hudelo.
Galliard, Syphilis des Magens 187.
Gallois, M., Ureterensteine, die in der Urethra prostatica eingekeilt waren und durch die Harnröhre entfernt wurden 263.
Galloway 84 ff., 453.
Gardère s. Weill.
Gardner, James A., Blasenpapillom, behandelt mit hochfrequenten Strömen 264.
Garrod, A. E., Über das Wesen der Beziehungen zwischen den Erythemen und Gelenkaffektionen 387.
Garzia del Mazo, E., Ein Fall von sekundärer luetischer Nephritis 209.
— Notwendigkeit der vorherigen Urinuntersuchung bei Salvarsaninjektionen 210.
Gastinel, P., u. Pelissier, A., Syphilis diphterische Lähmung, Herpes velopalatinus 186; s. Thibierge.
Gatti, Giovanni, s. Mai, Emilio.
Gaucher, H., Die Knochenaffektionen bei der tertiären Erbsyphilis 160.
— Zur Salvarsanfrage 502.
— Die durch Salvarsan verschuldeten Todesfälle 598.
— Todesfälle nach Salvarsan 605.
— und Bricout, Zwanzig syphilitische Sklerosen am Penis: Autoinokulation, durch Krätze begünstigt 234.
— — Pagetsche Krankheit bei einem Manne 727.
— — Epitheliom auf Lichen simplex chronicus 727.
— Bricout und Meaux-Saint-Marc, Syphilitische Gummen des Beines bei einem Heredosyphilitischen 565.
— u. Gougerot, Entfernte Thrombose nach einer intravenösen Salvarsaninjektion 410.
— — u. Bricout, Syphilitische Zerstörung der Nase und der Nasenhöhlen ein Jahr nach dem Primäraffekt 236.
— — — Tuberkulöse Gummen der Subkutis und der Knochen bei einem Syphilitiker. Weißes Ödem 728.
— — — Aktinomykose-ähnliche gummöse Tuberkulose der zervikofazialen Lymphdrüsen 728.
— — — Beginnende Lepra? 728.
— — u. Croissant, Papulo-squamöse Syphilide, einen Lupus erythematosus vortäuschend 234.
— Gougerot u. Meaux Saint-Marc, Gummen des Gaumensegels bei einer Erbsyphilitischen ohne Dystrophien 728.
— — u. Salin, Lupus pernio der Hände

Digitized by Google

und Vorderarme, Lupus erythematosus vesicopustulosus im Gesicht. Roseola non syphilitica am Stamme und am Halse 411.
Gaucher, H., Salin u. Meaux Saint-Marc, Psoriasis und akuter Gelenkrheumatismus 728.
— — u. Thibaut, Ein Nävus mit dem Aussehen der Kupferfinne 234.
— — — Osteoperiostitis der Zervikalwirbel; Pottsche Krankheit syphilitischen Ursprungs; rechtsseitige Hemiplegie; Heilung 329.
— u. Guggenheim, H., Ohrerkrankungen in Verlauf der Behandlung der Syphilis mit organischen Arsenpräparaten 572.
— — u. Paris, Wert der Serodiagnostik für die Diagnose des prämykotischen Erythems 713.
— Lévy-Franckel u. Sikbal, Ahmed, Schanker des Zahnfleisches 237.
— u. Meaux-Saint-Marc, Gürtelförmiges Lymph- und Hämangiom des Thorax 566.
— u. Paris, A., Spirochäten in einem Gumma 235.
— u. Salin, Insuffizienz der Ovarien und „Basedow fruste" bei einer Heredosyphilitischen 411.
— — u. Bricout, Syphilis maligna cutanea und Pseudoparalyse 566, ferner 24, 248, 285, 552.
Gaullier-L'Hardy, Die weißen Pocken 471.
— Die Methode von Milne. Behandlung und Prophylaxe der Masern und Skarlatina ohne Isolierung 452.
Gauthier 109.
— Ch. L., Albuminurie und Ureterenkatheterismus 534.
Gazeau, Masern und Tuberkulose 468.
G. C., „Innerliche Reinigung" in der Dermatologie 385.
Geley (Annecy), Die Verabreichung des Salvarsans per rectum 363.
Gennerich (Kiel), Die Ziele einer ausreichenden Syphilisbehandlung und die provokatorische Salvarsaninjektion bei zweifelhafter Syphilis 611.
Genschmer, Franz, Die Karzinome der Mundhöhlen- und Zungenschleimhaut auf der Basis der Leukoplakie. Ihre Prognose und ihre „Prophylaxe" 746.
Gentili, Attilio, s. Serra, Alberto.
Geppert, Fritz, Einige seltene Typhuskomplikationen (Orchitis, Vaginalulkus, Pleuraempyem, Urtikaria, Colitis fibrinosa) 244.
Geraghty, J. T., s. Keidel, A.
Gérard s. Lesnè.
Gerber (Königsberg), Die Wirkung des Salvarsans auf Syphilis der oberen Luftwege, Sklerom, Plaut-Vincentsche Angina und Skorbut 578.
— Die nichtspezifischen ulzerösen Erkrankungen der Mundrachenhöhle und Salvarsan 656.
— Die Zunahme des Skleroms in Ostpreußen 688.
Geyser, Albert C., Die Behandlung der Hypertrichosis 70.
Ghys, Robert, Untersuchungen über die Meyersche Reaktion bei skarlatinöser Nephritis 451.
Gil u. Casares, Das Salvarsan bei der Pellagra 393.
Gilchrist 332.
Gillmann, George, Die Prinzipien und die Technik der Wassermannschen Reaktion 130.
Gimeno, Vincente, Zwei Fälle von Überempfindlichkeit der Haut 37.
Giordano, D., Ausgedehnte Resektionen der Blase 262.
— Mario, Über die Gegenwart der Harnsäure im Blute und eine neue Methode ihrer qualitativen und quantitativen Bestimmung 413.
Glasgow, L. Ellis, Salvarsan ohne Wirkung bei Erythema multiforme 678.
Glingar, A., u. Biach, M., Zur Kenntnis des Ulcus molle in der Harnröhre des Mannes 685.
Glück 180.
Glueck, A., s. Bernheim, W.
Godart-Danhieux, Ein Fall von abdominaler Syphilis 157.
Godlewsky s. Balzer, F.
Göring, M. H., s. Plaut, F.
Goetzel, Arthur, Über eine biologische Beziehung zwischen Prostata und Geschlechtsdrüsen und der letzteren untereinander 144.
Goldbach, Artefizielle Hautgeschwüre 31.
— Zwei ungewöhnlich große syphilitische Gummata 31.
Goldberger, Joseph, u. Anderson, John F., Die Zeitdauer der Infektion des Blutes bei Masern 468.
— — Masernvirus in den Sekreten der Rachen- und Nasenhöhle 468.
— — Das Masernvirus 468.
Goldenberg, Hermann, u. Kaliski, David J., Weitere Versuche mit Salvarsan bei Syphilis 636.
Goldscheider (Berlin), Zur physiologischen Wirkung der Kohlensäurebäder 336.
Goldzieher, W., Retinitis exsudativa syphilitica. Daten zur Heilwirkung des Salvarsans 577.

Digitized by Google

Golodetz, L., Die Wirkung des Schwefels auf die Haut 385; s. Unna, P. G., ferner 233.
Gonzales, Regino, Dauerresultate der Prostatektomie 262.
Goodmann, Charles, Peritonitis acuta diffusa blennorrhoica 69.
Gordon, William F., Therapie der Harnverhaltung 69.
Gordon, W., Die statistische Häufigkeit als diagnostisches Moment bei Krebs 743.
Goss, Die Syphilis und die Wassermannsche Reaktion im Lichte der Fermenttheorie der Immunität 131.
Gottlieb 193.
Goubeau u. Milian, Syringopipette für Laboratoriumsarbeiten 567.
Gougerot, H., Eine neue Mykose: die Kladiose nach Bloch 235.
— Ein neuer Fall von bazillärer atrophohypertrophischer Dermitis 411.
— Ulcus molle 684.
— u. Parent, F. M., Syphilistherapie u. Wassermannsche Reaktion 144, 329.
— — Antisyphilitische Therapie u. Wassermannsche Reaktion 532, 601.
— Pietkiewicz u. Detape, Sogenannte hysterische Ulzeration der Schleimhaut 411, s. de Beurmann, Coyon, Gaucher.
Gouget, A., Der experimentelle Scharlach 419.
— Syphilis, Nephritis und Salvarsan 579.
Goujat, N., Akute und subakute Meningitis syphilitica 163.
Gourari, Salvarsanomania activa et passiva 652.
Gradwohl, R. B. H., Ein Tag in Dr. Max Josephs Poliklinik in Berlin 70.
Gräf, E., Zur Behandlung des äußeren Milzbrandes 690.
de Graeuwe s. Verhoogen.
Graham, Gibson, Röntgenstrahlen bei der Behandlung der Trichophytie der Kopfhaut 480.
Graham Little 114 ff., 207.
Grand-Clément, L., Hervorragender Erfolg mit Salvarsan bei einer syphilitischen Okulomotoriuslähmung 574; s. Rollet.
Grandjean, A., Die Entwicklung der Behandlung der Blasentumoren 533.
Gray 207.
Gregersen 84 ff.
Griffon 277.
Griguolo, J., Der Einfluß des Salvarsans auf das Auge 574.
Grintschar s. Meschtscherski.
Grintscher, Lupus erythematodes 68.
Groen, Frederik, Beiträge z. frühesten Geschichte d. Syphilis im Norden 179.
Grondahl, N. B., s. Harbitz, F.
Gross 42.
Grossmann, F., Beiträge zur Klinik der Serumkrankheit der Haut u. Schleimhaut 387.
Grosz, E., Mit Salvarsan behandelte Iritis luetica 574.
*— Siegfried, Chilblain-Lupus (Hutchinson) und Lupus pernio (Besnier-Tenneson) 133, 467.
Grünbaum, A. S., siehe Grünbaum, Helen G.
— Helen G., u. Grünbaum, A. S., Weitere Experimente in der Behandlung des inokulierten Sarkoms bei Ratten und Bemerkungen über einige am Blute zu konstatierende Begleiterscheinungen 738.
Guéguen, Fernand, Microsporon depauperatum, ein neuer Hautparasit 43.
Gueit s. Maillet.
Guénot s. Fournier, L.
Günther, Hans, Über einen interessanten Fall von tertiärer Leberlues 213.
Güttich, Über Ertaubung nach Morbus Werlhofii 418.
Gueyrat, Erythroplasia glandis 235.
Guggenheim, H., s. Gaucher, H.
Guichardon, Marguerite, Über die Streptokokkeninfektionen im Verlaufe der Schwangerschaft, mit besonderer Berücksichtigung der Erysipele und eitrigen Pleuritiden 685.
Guillemot 46.
Gundoroff, Zur Kasuistik der Lues cerebelli 318.
— Dermatitis papillaris capillitii Kaposi 320, ferner 443.
*Gunsett, A., Methoden z. quantitativen und qualitativen Messung der Röntgenstrahlen für die Dermatologie 226, 252.
Guszmann, J., Einige Bemerkungen über den Wert und die Anwendung von Salvarsanbehandlung 607.
Guthrie, J. A., Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 624.
Gutmann s. Sicard.
— C., Reinfectio syphilitica oder Pseudoprimäraffekt 104.

•

Haavaldsen, Johann, Hat die Untersuchung auf Spirochäte im Nasensekret hereditär-syphilitischer Kinder in diagnostischer Hinsicht eine praktische Bedeutung? 179.
Haberern, Kongenitale Divertikel der Urethra 95.
— Nephrektomie mit nachfolgender Entleerung des Urins der gesunden Niere

Digitized by Google

durch den Ureterenstumpf der Operationswunde 97.
Haendel, K., s. Uhlenhuth, P.
Hahn, Über parasitäre Hautaffektionen und ihre Behandlung 149, ferner 290.
Hall, A. J., u. Beattie, J. M., Ein letaler Fall von sekundärer syphilitischer Nephritis; nebst Besprechung 212.
Hall-Edwards, J., Diskussion über die Röntgenbehandlung der Trichophytia tonsurans 30.
— Die therapeutische Wirkung von Kohlensäureschnee, Methoden der Gewinnung u. der Anwendung derselben 335.
Hall, Winfield H., Psychologie des Jünglings und ihre Beziehung zum Sozialproblem 70.
Halle 118.
Hallopeau, H., Über den Sitz der primären Invasion der Syphilis 103.
— Zur Abortivbehandlung der Syphilis 144.
— Über die lokale Behandlung syphilitischer Manifestationen, besonders mittels Hektin 179.
— Neue Mitteilungen über die abortive und kurative Behandlung der Syphilis mit Hektin 216.
— Todesfall nach Salvarsan bei einem gesunden Menschen 605.
— u. Dainville, E. François, Psoriasis tardiva mit starkem Juckreiz 234, ferner 84 ff., 409.
Halpern, J., Über die rationelle Methode d. intramuskulären Einspritzung ätzender Mittel, speziell des Salvarsans 364, 381.
Hamburger, F., Über Salzödeme bei älteren Kindern 395.
Hammant, A., s. Worms, G.
Hampton Young, Hugh, Die Resultate der Prostatektomie 262.
Hamrat-Kurek, Ein Fall von Paraphimose 381.
*Hanacek, Reinfektion u. Solitärsekundäraffekt nach Salvarsanbehandlung 189.
Handley, Dan C., u. Souther, Ch. T., Bericht über 208 intravenöse Salvarsaninjektionen 678.
v. Hansemann, David, Ein syphilitischer Schädel aus Südamerika 102, ferner 498 ff.
Hansen, G. Armauer, Heredität der Lepra 180.
— Die Erblichkeit der Lepra 466, ferner 289, 525.
Harbitz, F., Kasuistik über Angioneurosen 386.
— u. Grondahl, N. B., Aktinomykose in Norwegen; Untersuchungen über die Ätiologie, den Infektionsmodus und die Therapie des Leidens 711.
Harris, D., 30.
— Louis E., Furunkulose als Todesursache 658.
Harrison, F. C., s. Alkins, W. H. B.
Hart, C., u. Lessing, O., Untersuchungen über den Wert der Antiformin-methode für den Tuberkelbazillennachweis im Gewebe 43.
Hartung, Die Röntgendiagnose der Nephrolithiasis 93.
Hartzell, M. B., Ein Fall von Pellagra 392.
Hasegawa, Motoi, Für die Syphilisbehandlung mit Salvarsan 655.
Haslund, Paul, Beitrag zur Histologie der Psoriasis der Handflächen 180.
— Diffuse idiopathische Hautatrophie 293.
Haupt, M., s. Herzfeld, E.
Hauptmann, Alfred, Die Vorteile der Verwendung größerer Liquormengen (Auswertungsmethode) bei der Wassermannschen Reaktion für die neurologische Diagnostik 150.
Hausmann 265.
Heath, Frederik C., Sind syphilitische Augenveränderungen Indikationen oder Kontraindikationen für die Anwendung von Salvarsan? 678.
Hebra 205, 328.
Hecht 182.
— Hugo, Die bisherigen Ergebnisse der Abortivbehandlung der Siphilis mittels Exzision, Salvarsan u. Quecksilber 504.
Hedinger 496.
Hefferan 33.
Heidingsfeld, M. L., Trichloressigsäure in der Dermatologie 180.
— Der augenblickliche Stand der Syphilisbehandlung mit Salvarsan 507.
Heifetz, Zur Kasuistik der extragenitalen Infektion mit Syphilis und der Heilung einer schweren Syphilis durch Salvarsan 606.
Heine 373.
Heitmeyer, Josef, Über einen Fall von Tuberkulose der Haut und des Unterhautzellgewebes (Lymphangitis tuberculosa) mit vorwiegend nervösem Charakter 274.
Heitz, Maurice, Schnelldiagnose der Tuberkulose des Harnapparates vermittels einer neuen Methode (Antigenreaktion im Urin [Debre u. Paraf]) 295.
Heitz-Boyer u. Hovelacque, A., Bildung einer neuen Blase und einer neuen Urethra 380.
Hektoen, Ludwig, u. Eggers, H. E., Experimentelle Masern beim Affen (mit besonderer Berücksichtigung der Leukozyten) 468.
— u. Weaver, G. H., Versuche der Scharlachübertragung auf Affen 419.

Digitized by Google

Held, Lupus erythematodes acutus disseminatus 440.
Heller 201.
— Onychomadisis 726.
— Onycholysis 726.
— Esthiomene der weiblichen Genitalien 726.
— Sklerodermie mit nachfolgender Hautatrophie 726.
— Bernhard, Zur Bedeutung der Pigmentzellen 40.
— Julius 368 ff.
Henderson, Ralph C., Fall von Sporotrichosis 479.
Henke, F., Über die Bedeutung der Mäusekarzinome 745.
Hénouille, Adolphe, Über die Anwendung der Chromsäure bei entzündlichen und geschwürigen Affektionen der Schleimhäute 656.
Herbsmann, J., Über intravenöse Salvarsaninjektionen ohne Reaktionserscheinungen 538.
Herbst, Robert H., u. Gatewood, L. C., Erfahrungen mit einer Vakzine bei der Behandlung der Ulcera mollia 685.
Héresco, P., Betrachtungen über die Nierensekretion 95.
— u. Cealic, M., Die Behandlung der Gelenkkomplikationen der Blennorrhöe mit Antimeningokokkenserum 679.
Herxheimer, K., u. Altmann, Karl, Weitere Mitteilungen zur Reaktion des Lupus vulgaris nebst Beiträgen zur Therapie desselben durch Salvarsan 180, ferner 17 ff., 165 ff., 249.
Herzfeld, A., Die Behandlung der Acne vulgaris mit hohen Frequenzströmen (Oudin) 597.
— E., u. Haupt, M., Über Jodausscheidungen bei gesunden Menschen 383.
Herzstein, Samuel, Scharlach als Komplikation von Schwangerschaft, Entbindung und Puerperium 450.
Heubner 371 ff.
Heuck, W., Über Spätexantheme nach intravenösen Salvarsaninjektionen 361.
Heuser, Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis und tuberkulöser Lymphangitis, hervorgerufen durch Rindertuberkelbazillen 274.
Heyse, Der steife Seidenkatheter zum Gebrauch bei Prostatavergrößerung 72.
Hicguet, Tertiäre Syphilis des Larynx. Injektion von 0,6 Salvarsan 151.
— Schwere tertiäre Syphilis des Larynx, mit Salvarsan behandelt 578.
— u. Fallas, Drei Fälle von Syphilis der oberen Luftwege, mit Salvarsan behandelt 151.
Hidaka, S., Experimentelle Untersuchungen über den Bakterienreichtum der Haut Gesunder und Hautkranker und die Beeinflussung desselben durch einige physikalische und chemische Prozeduren 76.
Hilbert, R., Zur Kenntnis der sekundären Impfverletzungen d. Auges 473.
Hilgers, Wilhelm, Über einen Fall von sogenanntem „Lupus pernio", mit besonderer Berücksichtigung seiner Beziehung zur Tuberkulose 386.
Hillenberg (Zeitz), Über Versuche zur Desinfektion des Impffeldes 473.
Himmel, Zur Kasuistik der Strikturen nicht blennorrhoischen Ursprungs 653, ferner 277.
Hinselmann, H., Über angeborene Sekretstauung in den Talg- u. Schweißdrüsen (Miliaria sebacea Jacquet et Hidrocystomatosis congenita) 531.
Hirschberg 404.
Hirschfeld s. Buschke.
Hirschfelder, J. O., Die Anwendung des Salvarsans 655.
Hischmann, C., s. Ballet, Gilbert.
Hoag, David Eduard, Die Wassermannsche Reaktion und ihre klinische Bewertung 129.
Hochsinger, Karl, Die gesundheitlichen Lebensschicksale erbsyphilitischer Kinder 213.
*Hodara, Menah., Generalisierte Jodakne u. makulöses Jodexanthem nach dreimaliger Anwendung von Jodtinktur und Bedecken der eingepinselten Stellen mit Wachstuch 286.
*— und Fuad Bey, Zwei Fälle von Orientbeule 16.
*— — Histologische Untersuchungen bei drei Fällen von Sporotrichose 50.
— — Ein Fall von Sporotrichosis Septikämie 180.
*— Osman Bey, Izet Bey u. Chevkiet Bey, Ein Fall von Gonokokkämie und generalisiertem, gonorrhoischem Exanthem 397.
van't Hoff 7.
Hoffmann 118, 285, 546.
— A., Tödliche Hemiplegie nach Salvarsaneinspritzung bei Gumma des Rückenmarks 606.
— E., Über die Benennung des Syphiliserregers nebst Bemerkungen über seine Stellung im System 42.
— Tiersyphilis und Syphiliserreger 105.
— Diagnostische und therapeutische Bedeutung der Spirochaeta pallida nebst Bemerkungen über die wirksamste Bekämpfung der Syphilis 609.
— Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan 633.

Digitized by Google

Hofmann, A., Ikterus mit letalem Ausgang nach Salvarsan 604.
Holland, Estil D., Wenn Salvarsan nicht hilft 92.
— Wilhelm, Beitrag zur Frage „Tätowierung und Syphilis“ 180.
Holliday, George A., Intravenöse Salvarsananwendung 70.
Holzknecht 228 ff., 242.
Hood, D. W. C., Rubeola oder Masern 469.
Hoppe-Seyler 7.
Houver, F. P., Salvarsan, dessen Wirkung auf Auge und Ohr 573.
Hovelacque, André, Pathologisch-anatomische Untersuchungen der totalen Blasenexstrophie 294, 380; s. Heitz-Boyer, Lecène, P.
Hrdliczka, V., Zur Symptomatik der Salvarsanwirkung 508.
Huchard 280.
Hudelo, Darbois u. Gallet, Konfluierende Adenomata sebracea, erfolgreich mit Radium behandelt 234.
— u. Jolivet, Rezidivierende akquirierte Syphilis trotz wiederholter Salvarsankuren bei einem Kranken mit Stigmen der hereditären Syphilis 236.
— u. von Jong, Behandlung der systematisierten verrukösen Nävi (lineäre und herdförmige) mittels Bestrahlung und Kohlensäureschnee 236.
Hüfler (Chemnitz), Zur Technik der Salvarsanbehandlung 535 (bis).
Hunt, E. L., Ein Fall von Tabes und Muskelatrophie 164.
Hurry, J. B., Der Circulus vitiosus bei Hautkrankheiten 300.
Hutchinson, Sir Jonathan, Archives of Surgery 447, ferner 133 ff., 198 ff., 268, 321, 404.
Huteau, P., Die Wassermannsche Reaktion 129.
Hutter, Fritz, Über syphilitische Erscheinungen im Bereiche der oberen Luftwege 151.

Jacob 285.
Jacobsohn, M., s. Blaschko, A.
Jacquet, Lucien, Die plastische Massage in der Behandlung der Hautkrankheiten 336, ferner 151.
Jadassohn, J., Über Pyodermien, die Infektionen der Haut mit banalen Eitererregern 330, ferner 128, 137, 165, 309 ff.
Jakimow 248.
Jalland, W. H., Schutzpockenimpfung mit Bezug auf Lebensversicherung 472.
Jamieson, William Ross, Nierenin fektionen 467.
Janney, O. Edward, Heilkunde und Sittlichkeit 70.
Janson, Adolf, Über Erythema nodosum bei Lues secundaria 142.
Jarisch 135 ff., 165.
Javal 579.
Jawein 318, 320.
v. Jaworski, Josef, Über uterine Blutungen syphilitischen Ursprungs 159.
Jeanneret, André, Zur Kasuistik des angioneurotischen Ödems, insbesondere des paroxysmalen angioneurotischen Lungenödems 414.
Jeannin, Cyrille, Resultate der frühzeitigen Vakzination der Neugeborenen 472.
— Über die Resultate der Salvarsanbehandlung in der Geburtshilfe 508.
Jeanselme, E., Lepra und Salvarsan 235.
— Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse über die Bakteriologie und Ätiologie der Lepra 267.
— Kann das der stillenden Mutter injizierte Salvarsan die Syphilis der Säuglinge beeinflussen? 629.
— Chevallier, P., u. Darbois, P., Osteoperiostitische und artikuläre Läsionen der Sporotrichose. Die Spina ventosa sporotrichotica, ihr radiologisches Aussehen und ihr Verlauf 479.
— u. Coutela, Ch., Neuritis optica und Salvarsan 577.
— u. Touraine, A., Das Salvarsan im Organismus 509.
— u. Vernes, A., Reinfektion mit Syphilis bei zwei durch Salvarsan geheilten Kranken 234.
— — Salvarsan und Fieber 410, ferner 361, 410.
Jelzina, Zwei extragenitale Sklerosen 318.
— Stark entwickeltes, großpapulöses Syphilid 318.
— Über die Reglementierung der Prostitution zu Berlin 320.
Jenner, Edward, Untersuchung über die Ursachen und Wirkungen der Kuhpocken 126.
Jessner, S., Hautveränderungen bei Erkrankungen der Leber 184, 710.
Jewdokimow 248.
Ijiri, T., Über die Wirkung des Asurols, eines neuen, löslichen Quecksilberpräparates 531.
v. Illyes, G., Die Bloßlegung beider Nieren wegen Nierentuberkulose 212.
Imhofer (Prag), Zur Behandlung der Gehörgangsfurunkel 659.
Inouye, S., Über einige Nebenwirkungen bei den intravenösen Salvarsaninjektionen nebst kurzer Bemerkung über die Technik 210.

Digitized by Google

Inouye, S. u. Kinoshita, T., Klinische Erfahrungen über Tetrodotoxin (Tahara) 532.
Jochelsohn, Gitlja, Pemphigus vegetans und ein Fall mit Salvarsan geheilt 659.
Jolivet s. Hudelo.
Jolly 185.
Joly, Bericht über die Soldatenheime 132.
Jones, Howard, Zwei Fälle von Aktinomykosis 712.
v. Jong s. Hudelo.
*Jordan, Arth., Über Bromoderma 453.
Joseph, Max, Über Pemphigus 181.
Jourdanet, P., Professionelle Dermatitiden 76.
— u. Lebar, Lupus erythematosus des Halses und Gesichts bei einer chronisch Dyspeptischen 566.
Isaac, H., Zwei Fälle von Sklerodermie 438.
— Erythema induratum (Bazin) 438.
Israel 45.
Istamanoff 277.
Ito, Taurio, Ein Fall von Pemphigus foliaceus nebst Bemerkungen über die äußere Anwendung von Rhabarber gegen die Blasenbildung 211.
Juliusberg, Fr., Ein Fall von schwerer Quecksilbervergiftung 181.
Julliard, Ch., Ein Fall von menschlicher Botryomykose mit doppelter Lokalisation 691.
Iversen, J., Zur Theorie der Wirkung des Salvarsans und Arsenophenylglyzins 508.
Iwakawa, K., Über das entzündungserregende Pulver des japanischen Nutzholzes „Tagayasan" 357.
Iwanow u. Welikanow, Versuche der Salvarsananwendung bei der Orientbeule (Pendinsches Geschwür) 716.
Iwaschenzow, G., s. Tuschinsky, M.
Izet Bey s. Hodara, Menahem.

Kaestle, C., Die unipolare Arsonvalisation der Haut als Vorbehandlung nachfolgender Röntgenbestrahlung 299.
Kaliski, David J., s. Goldenberg, Hermann.
Kallos, J., Die Erklärung der Salvarsanreaktion 509.
Kamimura, Y., Über die vereinfachte Trennungsmethode von Ulcus molle-Bazillus 211.
Kanelski 198.
Kannengießer, Zur Kasuistik d. Todesfälle nach Salvarsanbehandlung 604.
Kanngießer, Friedrich, Beiträge zur Kenntnis der Primeldermatitis 219.
Kanngießer, Friedrich, Über Folgen von Sonnenbestrahlung 219.
— Über Spätserumexanthem, abklingend mit Herpes Zoster 389.
*Kantor, Richard, Zur Kasuistik des Naevus linearis systematicus 245.
Kaposi 370.
*Kapp, Joseph Franz, Neue Anwendungsgebiete der Elektrolyse 315.
*— Über Toilette- u. Schminkpuder 458.
Kappel, J., Untersuchungen über Komplementbindung bei Scharlach und Masern 452.
Karcher 404.
Karo, Wilhelm, Die Gonorrhöe des Mannes. Ihre Pathologie und Therapie 38.
*— Über Organotherapie des Prostatismus 139.
Karsch 32.
Kassowitz 372 ff.
Katluhn s. Arlart.
Kaufmann, R., Über Vorbeugungsmittel gegen venerische Erkrankungen 624.
Kaumheimer, L., Über akute Nephritis bei Kindern nach impetiginösen Hauterkrankungen 484.
Kausch, W., Über Lähmung nach Esmarchscher Blutleere 692.
Kedewski 649.
Kedrowsky 269.
Keidel, A., u. Geraghty, J. T., Der Wert der Wassermannschen Reaktion und des Salvarsans 626.
Kemp, W. R., Cheiro-Pompholyx 481.
Kerl, W., s. Arzt, L.
Kienböck 229 ff., 242.
Kierman, James G., Erogene Zonen bei erworbener sexueller Perversität 624.
King, Howard D., Noma bei einem Erwachsenen 690.
— Parks M., u. Crowell, A. J., Behandlung der Pellagra mit Salvarsan 393.
Kinoshita, T., s. Inouye, S.
Kionka, H., Physikalisches und Pharmakologisches über Eisen-Arsenquellen von Levico-Vetriolo 359.
Kirby-Smith, J. Lee, Ein ungewöhnlicher Fall von Lichen planus bei einem Neger 499.
Kissel (Moskau), Welches ist die reelle Gefährlichkeit der Noma, und wie soll diese Affektion behandelt werden? 689.
Klausner 248, 321.
— E., Ein Fall von Herpes Zoster bilateralis der oberen Extremitäten 407.
— Fernthrombose nach endovenöser Salvarsaninjektion 541.
— Ein Fall von Reinfektion nach Salvarsan 546.

Digitized by Google

Klein, S. R., Hautkrankheiten in China 624.
Klingelfuß, Fr., Exakte Dosierung therapeutischer Voll- und Teildosen und praktische Eichung einer Röntgenröhre 298.
Klingen, R., Untersuchungen über menschliche Aktinomykose 711.
Klingmüller, Viktor, Über Dermatitis nodularis necrotica 181.
— Unsere bisherigen Erfahrungen mit Salvarsan 502.
— Die Behandlung der Blennorrhöe des Mannes 602, ferner 136 ff.
Klopper, Zan D., Die Niere und ihre Anomalien 467.
Klotz 453.
Klussmann, H., Lokomotorische Ataxie und ihre Beziehung zur Urologie 264.
Knauer, G., Zur Technik der intravenösen Salvarsaninjektion 536.
Knight, Herbert W., Variola und Vakzination 470.
Knowles, F. C., Universelle Ausschläge von ungewöhnlicher Art als Folge von Resorptionsvorgängen bei Anwendung eines Belladonnapflasters und der Einträufelung von Atropin ins Auge 218.
Knowles Swinburne, George, Erkrankung und Behandlung am Colliculus seminalis 264.
— Neue einfache Methode der Salvarsananwendung 624.
Knowsley Sibley, W., Die Beziehungen zwischen Zähnen und Hautkrankheiten und Schleimhauterkrankungen 263.
— Die Behandlung v. Narbengewebe 467.
Koch, Karl, Eigenartiger Befund bei Aorteninsuffizienz infolge von Aortitis syphilitica 153.
Kochmann, M., Die Toxizität des Salvarsans bei intravenöser Einverleibung nach Versuchen am Hund und Kaninchen 510.
Köck, Ernst, Ein Fall von doppelseitigem Liderysipel bei Sepsis puerperalis 685.
Koenigsfeld, Harry, Über den Durchtritt von Tuberkelbazillen durch die unverletzte Haut 100.
Königstein 249.
Koenigstein, Robert, Über parasyphilitische Erkrankungen im Kindesalter 215.
Kohlbrugge, J. H. F., Die Gärungskrankheiten (Beriberi, Skorbut, Barlowsche Krankheit u. a.) 99.
Kohl-Yakimoff, N., s. Yakimoff, W. L.
Kolischer, G., u. Kraus, H., Perineale oder suprapubische Prostatektomie 69.
Kolle, W., Neue Syphilisübertragungen auf Kaninchen mit vielen Demonstrationen und Projektionen 105.
Kolmer, J. A., u. Weston, P. G., Antibakterielle Behandlung der septischen Rhinitis beim Scharlach und Bericht über hundert derartige Fälle 452.
Kolpaktschi, M., s. von Petersen, O.
Kon, Waclav, Praktischer Wert der Wassermannschen Reaktion 130.
Konried, A., Zwei Fälle von Jodfieber 384.
Koppel, R., Über gleichmäßige Röntgenbestrahlung größerer Hautbezirke 298.
Kopytowski, W., Zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan in kleinen Dosen 408.
v. Korczynski, L. R., Beiträge zur Hefetherapie 334.
Kozerski, Adolf, Über Radiumbehandlung 298.
Kraemer, F., Zur Therapie des Erysipels 686.
Kramer, H., Gangrän des Beines im Anschluß an Diphtherie 659.
Krasenoglasow 353, 648, 649.
Kraus 394.
— H., s. Kolischer, G.
— J., s. Ehrlich, P.
Krause, Paul, Zur Kenntnis der Schädigung der Haut durch Röntgenstrahlen 218.
Krawkow 248.
Krefting, Rudolf, Die Vererbung der Syphilis 181, ferner 24 ff.
Kreibich 5, 136 ff., 321.
Kreps, 145 Litholapaxien 93.
Kretschmer, Herm. L., s. Schmidt, Louis E.
Kretzmer s. Fabry, Joh.
Krikliwy, Zur Behandlung der Lepra (Ol. gynocardiae, Nastin) 381.
Kröber, E., Beitrag zur Frage des ursächlichen Zusammenhanges der Syphilis mit der Idiotie 214.
Kromayer, Das Licht in der Kosmetik 297, ferner 315.
Kron, Walter, Ein Beitrag zur optischen Serodiagnose der Syphilis nach Jacobsthal 155.
Krotoszyner, M., Herpes Zoster in Verbindung mit Nierenveränderungen 266.
Krzysztalowicz, Franciszek, Beitrag zur Kenntnis der Salvarsanwirkung auf die syphilitischen Infiltrate 182.
— Die Histologie der syphilitischen Infiltrate nach der Salvarsananwendung 446.
— Beitrag zur Wirkung des Salvarsans auf luetische Infiltrate 603.

Digitized by Google

Krzysztalowicz, Franziszek u. Weber, H. L., Über die intravenösen Infusionen von Salvarsan 445.
Kuboyama, K., u. Baba, T., Über die Bedeutung der Präzipitationsreaktion von Kuorin 211.
— T., Ein Fall von Pityriasis rubra Hebrae 38.
— Ein Fall von Xeroderma pigmentosum 38.
Kudisch, Drei Fälle von Bromoderma tuberosum vegetans aut papillomatosus (Exanthemata ex usu bromi) 653.
— u. Lurje, Granuloma fungoides Auspitz s. Mycosis fungoides Alibert 183.
Kümmel, W., s. von Mikulicz, W. J.
Kuenemann, s. Leredde.
Küster, E., Zur Geschichte der Nierenschüsse 72.
Kulnew 249, 318, 319, 320.
Kuttner 315.
Kyrkus, Helene 374.
Kyrle, Josef, Beitrag zur Histologie der Hauttuberkulose 182.
Kryloff, D., Über die Komplementbindungsreaktion bei der Variolois und der Variola vera 470.

Labarthe 280.
Laborie, A., Über die weichen Schanker des Anus und des Mastdarms 685.
Lacapere, George, Die moderne Syphilisbehandlung 264.
Ladame, Progressive Paralyse, diffuse Zerebralsyphilis oder arteriosklerotische Psychose 185.
Lafay, L., Die intravenösen Salvarsaninjektionen in chlorfreier Glukoselösung 727.
Lagarde, Paraffinprothese und Radiographie 396.
Landsteiner, K., Levaditi u. Prašek, Versuche der Scharlachübertragung auf Schimpansen 419.
— — — Versuche, Scharlach auf Affen zu übertragen 447.
— — — Experimentelle Studie über Pemphigus acutus infectiosus 482.
— — — Beitrag zur Ätiologie des Pemphigus infectiosus acutus 482, ferner 106, 111, 154.
Lange, Carl, Die Bedeutung der Herzextrakte für den heutigen Stand der Wassermannschen Reaktion 325.
— E., Über die Salvarsantherapie bei Schwangeren und Wöchnerinnen 629.
— Viktor, Ein Fall von periodischer Speicheldrüsenschwellung 337.
Langmead, F., Sklerodermie im Verein mit Myositis fibrosa 208.
— Sklerema 208.
Lannoy, L., u. Levaditi, C., Über die merkurielle Behandlung der experimentellen Kaninchensyphilis und der brasilianischen Spirillose 106.
Lanz, Ein Fall von Exanthema vegetans ex usu jodi (Jododerma tuberosum) 394.
Laquer, B., Bemerkungen zur Salvarsanliteratur 500.
Latapie, A., s. Levaditi, C.
Laubenheimer s. Bettmann.
Lavallée, A., Über die abdominellen Erscheinungen im Verlaufe der Purpura 416.
Lawrence, H., Radium, seine Heilwirkung bei Mäusekrebs (Adeno Carcinoma) 298.
van Leauwen, Th. M., Multiple Epitheliome der Haut mit Mischgeschwulst der Parotis 740.
Lebar, Syphilopyodermitis der Nase und schwere ulzeröse Keratitis interstitialis, geheilt durch überintensive multimerkurielle Behandlung 151; s. Jourdanet.
Leber, A., u. von Prowazek, S., Bericht über medizinische Beobachtungen auf Savaii und Manono (Samoa) 612.
Leblanc s. Apert.
Lecapere, George, Die Behandlung der syphilitischen Primärsklerose mittels Salvarsan 467.
Lecène, P., u. Hovelaque, A., Die auf ektopischen Blasen entwickelten Karzinome 679.
Lecha-Marso, Antonio, Über den Wert der Umbilikalgegend bei der Identifizierung von Personen 692.
Ledermann, Erythromelie 289.
— Ulcus molle phagedaenicum 289.
— Syphilitisches Exanthem auf psoriatischer Grundlage 289.
— Lupus miliaris faciei 290.
— Geschwürsprozesse der Unterschenkel 290.
— Folliklis 290, ferner 11.
— Reinhold, Die Serumreaktion bei Syphilis in der forensischen Praxis 128.
— Die Therapie der Haut- u. Geschlechtskrankheiten 240.
Leede, C., Zur Frage der Scharlachnephritis 451.
Leeper, Bertram C. A., Ein unklarer Fall, ähnlich Henochs Purpura 416.
Legry, Sourdel u. Velter, Disseminierte gummöse Sporotrichose mit Veränderungen an den Augen und mit Spina ventosa 479.
Legueu, Félix, Neues Urethrotom 263.
— Die durch die Fibrome der Zervix verursachten Urinbeschwerden 294; s. Bourcy, P.

Digitized by Google

Leibkind, M., Die Syphilis in der internationalen Hygieneausstellung zu Dresden 102.
Leiner, Carl, Über eigenartige Erythemtypen u. Dermatitiden des frühen Säuglingsalters 381.
— Carl, und Spieler, Fritz, Über disseminierte Hauttuberkulosen im Kindesalter 273.
Leloir 20.
Lemierre, A., s. Widal, F.
Lenglet 133, 277.
Lenormand, Ch., Die durch elektrische Ströme hervorgerufenen Verbrennungen 219.
Lenz, E., s. Reicher, K.
Lenzmann (Duisburg), Über die Anwendung des Salvarsans bei drei Fällen von Variola vera 470.
Leonard, Ch. L., Zur Behandlung des Lupus mit Röntgenstrahlen 275.
— Thos. B., Gegenwärtiger Stand der Diagnose und Behandlung der Syphilis 69.
Leredde, Die Dosierung von Salvarsan 235.
— Gumma des Gaumens, Zerstörung des harten Gaumens. Erfolglosigkeit des Quecksilbers, Heilung durch Salvarsan 236.
— Zur Salvarsanfrage 363.
— Technik der intravenösen Salvarsaninjektionen 535.
— Die Rezidive nach Salvarsan und die Frage der Dosierung 727.
— „Heilung" einer Tabes durch drei Salvarsaninjektionen 729.
— u. Kuenemann, Nebenerscheinungen bei Salvarsan. Statistik über 468 intravenöse Injektionen 237.
— — Sterilisierung der Syphilis im Primärstadium. Statistik über 20 Fälle 409.
— — Salvarsanfieber 410.
— — Neue Studie über die Todesfälle nach Salvarsan 412.
— — Zerebrale Störungen durch Herxheimersche Reaktion nach zwei Salvarsaninjektionen 728.
— u. Rubinstein, Über die Wassermannsche Reaktion 130.
Leser 45.
Lesieur u. Marchand, Primäre Osteoperiostitis sporotrichotica 479.
Lesnè, Gerard und Françon, Die Nebennieren beim Erysipel 686.
Lesseliers, Ed., Behandlung der Syphilis mit Salvarsan 654.
Lesser, E., Angeborenes Lymphangiom 31.
— Fall von Erythema nodosum 32.
— Ein Fall von Spindelhaaren 32.
Lesser, E., Zwei Fälle von Pemphigus foliaceus 32, ferner 11, 24, 165, 289, 438, 551.
— F., Fall von Duhringscher Krankheit oder Erythema exsudativum perstans 437.
— Folliklis 438.
— Roseola tertiaria 438.
— Über epileptiforme Anfälle nach Salvarsan 441.
— Hyperideal und Salvarsan 611, ferner 439.
Lessing, O., s. Hart, C.
Lett 416.
Levaditi, C., Die Geißel der Spirochaeta pallida 42.
— u. Latapie, A., Die Serodiagnose der Syphilis nach den im Institut Pasteur im Jahre 1910/11 verzeichneten Ergebnissen 156; siehe Landsteiner, K., Lannoy, C., ferner 171.
Leven (Elberfeld), Zufälle bei intravenösen Salvarsaninjektionen 568.
Levin 399.
Lévy, Albert, Klinische Erscheinungsformen des aphtösen Fiebers. Seine Behandlung 132.
Lévy-Bing, Alfred, u. Duroeux, L., Intravenöse Salvarsaninjektionen mittels neutraler wässeriger Suspension 329.
— Zwei Fälle von Ikterus nach intravenösen Injektionen v. Salvarsan 330.
— — u. Dogny, M., Untersuchungen der Spinalflüssigkeit bei Syphilitikern, die mit Salvarsan behandelt wurden 532.
— Voisin, Roger u. Duroeux, L., Nervenerkrankungen bei Syphilitikern nach intravenösen Salvarsaninjektionen 144.
Levy-Dorn 298.
Lévy-Franckel s. Balzer, F., Gaucher.
Lewandowsky, F., Hautkrankheiten u. Nervensystem 75; s. Arning, Ed., ferner 331.
— M., Praktische Neurologie f. Ärzte 708.
Lewi, Will. G., Hochfrequente Ströme in der Behandlung der Acne vulgaris 70.
Lewin, Die Wassermannsche Reaktion bei Leprösen 270, ferner 197 ff.
— J., Zur Ätiologiefrage des Flecktyphus 469.
— L., Formulae magistrales Germanicae 710.
Lewings, A. Hamilt., Nierenkolik 263.
Lewis, Howard D., Frühdiagnose der Nierentuberkulose und ihre Behandlung 264.
Lewtschenkow, Lupus vulgaris 353.
— Lichen variegatus 649.

Digitized by Google

Leyberg, J., Zur Frage der Fettgewebsnekrose im Unterhautzellgewebe 149.
— Über Hauttuberkulide und deren Bedeutung für die Diagnose der Tuberkulose 273.
Lhuissier, P., Beitrag zur Kenntnis der Reaktion von Porges zur Diagnose der Syphilis 155.
Licini, C., Die Färbung des fibrillären Retikulums mit der Bielschowskyschen Methode zur Differentialdiagnose zwischen Sarkom und Epitheliom 41.
Lie, H. P., Statistisches über Lepra 182.
*— Armauer Hansen † 525.
Liebermann, Über die experimentelle Syphilis bei Kaninchen 320.
Lieberthal 167.
Lier, W., Die histologischen Veränderungen der Hautsyphilide durch Salvarsan 707.
Liermann, W., Beiträge zur Wundbehandlung mit Bolus alba 364.
Limacher 496.
Lindsay-Sandes, F., Über die Übertragung der Lepra 210.
Linghart 197.
*Linser, Über die Behandlung der jukkenden Hautkrankheiten mit normalem, menschlichem Serum 365, ferner 241.
Lion, Magensyphilis 187.
Lipman-Wulf, Hebrasche Pityriasis rubra 726.
Lippmann 289.
Lipschütz 277 ff.
Lipsztat, J., Zur Frage der Nebenwirkungen des Salvarsans 570.
de Lisle, Justin, Ist die Spirochäta der wahre Erreger der Syphilis? 264.
Little 33.
— E. G. G., Makulöse Atrophie bei Lupus erythematosus 29.
— Folliculitis decalvans bei einer jungen Dame von 19 Jahren 29.
— Fall zum Diagnostizieren 29, 208, 326, 445, 598.
— Ein Fall von Hämochromatosis bei einem Diabetiker 208.
— Fall von Dermatitis artefacta 208.
— Fall von Vitiligo 291.
— Fall von rezidivierendem Granuloma annulare 326.
— Fall von Striae cutis distensae 445.
— Zwei Fälle von Alopecia universalis 598.
— u. Douglas, S. R., Blennorrhagische Keratodermie bei einem jungen Manne 207.
Liukumobitsch, Ein Fall von karzinomatöser Degeneration einer hypertrophischen Prostata 262.
Ljetnik, Beobachtungen über die Syphilisbehandlung mit Salvarsan im Laufe eines Jahres an stationären Kranken der Männerabteilung des Stadthospitals zu Odessa und an Kranken der Privatpraxis 653.
Loeb, Felix, Beitrag zur Kenntnis der Röntgenverbrennungen 597.
— Fritz, Statistik der Lupusbehandlung 274.
— Jacques 239.
Loeper 110, 395.
Loewenberg, Max, Über die kombinierte Quecksilbersalvarsanbehandlung der Syphilis 609.
Loewenthal, S., Grundriß der Radiumtherapie und der biologischen Radiumforschung 602.
Loewi s. Caspari.
Loewy, A., s. Wechselmann, W.
Lohnstein, H., Über endourethrale Eingriffe bei chronischer proliferierender Urethritis 93.
Lombardo, C., Über Resorption von Quecksilberpräparaten bei intramuskulären Injektionen 145.
Long, E. C., Bemerkungen über die Übertragung der Lepra 210.
— Beitrag zur Frage von der Übertragung der Lepra 268.
Longfeldt 30.
Longin, Ambulante Behandlung d. Beingeschwüre mit dem Zinkleimverband 237.
Loofs, Friedrich O. A., Welche Mengen von Stickstoff und Kochsalz werden durch die Haut von Nierenkranken ausgeschieden? 101.
Loos, A., Über die sogenannte Heilung der Bilharziosis durch Salvarsan 300.
Lopez, Joseph H., Enuresis und Masturbation 624.
Lorreyte, Gaston, Behandlung der hereditären Syphilis durch Einspritzung von Salvarsan während d. Schwangerschaft 607.
Lotta Myers 454.
Low, V. W., Multiple melanotische Sarkome der Haut, welche möglicherweise Metastasen eines 18 Monate zuvor operierten Hautsarkoms repräsentieren 327.
Loxton, A., Salvarsan in Mandelöl 535.
Lui, A., u. Baccelli, M., Einige Versuche über die Komplementbindung bei Pellagrösen 390.
*Luithlen, Friedrich, Über Entstehung von Gefäßerweiterungen und abnormer Hautreaktion 485.
Lurje s. Kudisch.
Lustgarten 72.
Lutembacher, R., Die verschiedenen Formen von Purpura 416.

Digitized by Google

de Luzellerie, Bonnière 552.
Lydston, G. Frank, Kurze Übersicht über die Salvarsanbehandlung der Syphilis 507.
— Kokain bei Schankern und torpiden Geschwüren 685.

MacKee, George M., Ein Vergleich der mit intravenöser Einverleibung saurer und alkalischer Salvarsanlösungen erzielten Resultate 514.
MacKenna, R. W., s. Stopford, G.
Mackenzie, D., s. Browning, C. H.
MacLeod, J. M. H., Ichthyosis follicularis bei einer 18jähr. Patientin 28.
— Haarproben von einem eingeborenen Indianermädchen 29.
— Fall von Hämorrhagie an der Matrix u. dem Nagelbett der Fingernägel 208.
— Granuloma annulare bei einem 4jähr. Mädchen 291.
— Fall zum Diagnostizieren 291, 445.
— Trichosporosis nodosa 651.
MacLesa, J. M. H., Pilzkulturen von den Haaren eines an „Piedra" leidenden Kranken 326.
Maggiore, S., Hämatologische Untersuchungen in einem Falle von Werlhof 418.
Mai, Emilio, u. Gatti, Giovanni, Urinuntersuchungen b. Pellagrösen 391.
Maingot, G., Die Röntgendiagnostik in der Urologie 602.
Maillet u. Gueit, Ein Fall von infektiösem Ödem bei einem Säugling 657.
Majocchi 34, 45.
Maki, G., s. Mine, M.
Makrocki (Potsdam), Doppelseitige Akkomodationslähmung n. Salvarsan 578.
Malinowski, Felix, Bedeutung und Wert der Wassermannschen Reaktion, mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Indikationen 446.
Malvoz s. Bayet, A.
Manassem, W. A. 197.
Manchot, C., Ammenvermittlung, Säuglingsfürsorge und Syphilis 103.
Mankiewitz 289.
Mannaberg 72.
Manne, A. Über den syphilitischen Schanker beim Kinde 103.
Mannich, C., Lichtschädigungen d. Haut und Lichtschutzmittel 243.
Mansillon, Léon, Hämatologische Untersuchungen über Syphilis acquisita bei Erwachsenen 152.
Mantoux 111.
Maraini, B., Blasenneuralgie infolge von Varikozele 94.
Marc, Die Sonnenbehandlung der Tuberkulose 275.
Marchand s. Lesieur.
— Felix, Das Ödem im Lichte der Kolloidchemie nach M. H. Fischer 394.
de Marco, Raffaele, Die Sepsis bei einigen mit Epidermolysis einhergehenden Erkrankungen 35.
Marfan, A. B., Günstiger Einfluß einer Höhenkur auf das Säuglingsekzem 475.
— Günstiger Einfluß der Höhenluftbehandlung auf das Ekzem der Säuglinge 475.
Marinesco, G., Über einige mit Salvarsan erzielte Resultate in der Behandlung von Nervenleiden 162.
Marion, G., Betrachtungen über den Ursprung der sogenannten Prostatahypertrophie 95.
— Gleichzeitige Entwicklung eines Karzinoms und einer Tuberkulose an derselben Niere 295.
— Ein Fall von doppelter Harnröhre beim Manne 380.
— Über die Neubildung der Urethra durch zirkuläre Urethrorraphie mit Ableitung des Urins 680.
— Die Ableitung des Urins bei Operationen der Urethra 680.
Markuse, Julian, Zur Frage der Strafbarkeit der Ankündigung von Schutzmitteln 625.
Marsan, F., Die chronischen, schmerzhaften Nephritiden 296.
Marschalko, T., Die bei der intravenösen Anwendung des Salvarsans vorkommenden schweren Reaktionen und ihre Verhinderung 539, ferner 509, 553.
Marshall, C. F., Salvarsan bei Syphilis 635.
Martegiani, Carlo, Untersuchungen über die Prädispositionen der Organe bei Psoriasis und die Bekämpfung ihres Krankheitserregers 354.
Martin, E. H., Spezifische Behandlung der Pellagra 624.
— V., Ein Fall von Lichen planus Wilson, mit Salvarsan behandelt 37.
Martinelli, Silvio, Die Vortrefflichkeit der Methode von Ellermann und Erlandsen zur Auffindung des Tuberkelbazillus im Urinsediment 43.
Martland, H. S., s. Elliot, Daniel.
Marzorati, s. de Ridder.
Masselot, Lucien, s. Brault, J.
Massia, G., Primäraffekt am äußeren Ohr 104.
— Die Lungensyphilis beim Erwachsenen 152.
Masuda, Nilo, s. Friedberger, E.
Matas, Pedro Jaume, Eine neue Methode der Salvarsanapplikation 37.

Digitized by Google

Mathieu, Alb., Die Magensyphilis 154.
Matthews, A. C., u. Carpenter, H. P., Purpura haemorrhagica nebst Bericht über einen atypischen Fall 415.
Matzenauer, R., u. Polland, R., Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica 528, ferner 454, 551.
Mauchaire, M., Beiderseitige Orchitis durch Filariose 681.
Maunsell, D. F., s. Travers, E. F.
Mayer 509.
— Hermann, Technische Feinheiten bei der Salvarsaninfusion 537.
— Zur Technik der intravenösen Salvarsaninjektion 537.
McDonagh, J. E. R., Fall von idiopathischer Hautatrophie 28.
— Fall von syphilitischer Autoreinfektion 28.
— Fall von syphilitischer Affektion des Akustikus 29.
— Leucoderma syphiliticum mit zentraler Atrophie 598.
— Ein Beitrag zu unseren Kenntnissen über die Nävo-Xantho-Endotheliome 650.
McDonald, C. L., Resultat der Vakzinebehandlung in zwei Fällen 333.
— Die Behandlung der Furunkulose mit Bakterienvakzine bei Kindern 658.
— Ellice, Hautdesinfektion mittels einer neuen Jodlösung 75.
McIntosh, J., u. Fildes, P., Ein experimenteller Vergleich zwischen Salvarsan, Quecksilber und Jodkalium in bezug auf ihre antisyphilitische Wirkung 610.
— — Die Beständigkeit der Salvarsanheilung der Syphilis 635.
McKechnic, Hugh N., Ureterenstein 92.
McKelvey Bell, F., Exzentrizitäten bei Salvarsan 92.
McLester, James S., Salvarsan 363.
McVey, R. E., Kapillarer und venöser Kreislauf und Hautkrankheiten, die ihren Ursprung in einer Störung dieser Gefäße und in Blutveränderungen haben 623.
McWalter, J. C., Noch eine Arsenikverbindung zur Behandlung der Syphilis (Hydrarsan) 627.
Meachen, G. N., Fall von Epitheliom auf der Basis von Lupus vulgaris 28.
— Fall von Elefantiasis der Lippe 208.
— Fall zum Diagnostizieren 445.
Mears, J. Ewing, Thiosinamin in der Behandlung von Verbrennungsnarben 265.
Meaux-Saint-Marc s. Gaucher.
Meder (Köln), Über einen eigentümlichen Verlauf von Impfpusteln (Vaccina serpiginosa) 472.
Meier 110, 171.
Meirowsky, E., Eine neue sexualpädagogische Statistik 625.
Meleschko, Über die Wirkung des Salvarsans nach den Beobachtungen im Alexanderhospital d. Permschen Landschaft 71.
— Ein Fall von Rhinosklerom 652.
Mélikiantz, Ein Fall von Darmverschluß durch Würmer nach einem suprapubischen Steinschnitt 262.
Meltzer, S. J., Gegenwärtiger Stand der Salvarsanfrage 501.
Melun (Bukarest), Syphilitische Reinfektion eines alten Syphilitikers nach der Behandlung mit Salvarsan 532.
Ménard, Pierre Jean, Die syphilitische Polyneuritis 186; s. Demanche, R.
Mendel 185.
Mendozzi, Ein einzelner Fall von außergewöhnlicher gummöser Infiltration der Articulatio tibio-femoralis, ohne Auftreten von Gummaten an anderen Stellen. Gutes Resultat mit Salvarsan 603.
Méneau, J., Die feste Kohlensäure in der Dermatologie 334.
*Merian, Louis E., Ein Fall von primärer Hautaktinomykose 45.
*— Zwei Fälle von Lepra mit tuberkuloiden Gewebsveränderungen. Leprabazillennachweis in denselben mittels des Antiforminverfahrens 637; siehe Unna, P. G.
Meschtscherski, Zur Statistik der tertiären Syphilis 183.
— Zur Frage der Abortierung der Syphilis 186.
— u. Grintschar, Über einen Fall von Erythema faciei perstans (Kaposi-Kreibich) tuberkulösen Ursprungs 394.
— Tschernogubow und Grintschar, Rhinosklerom 649, ferner 67, 68, 648, 649.
Metschnikow 204.
Meyer, Hans 249.
— H. H., 193.
Meyers, Edmund, Ungewöhnlicher Fall von Urtikaria 70.
— Milton K., Amerikanische Erfahrungen mit Salvarsan in der Behandlung der Syphilis und anderer Krankheiten 507.
Michailow, Die Syphilis der Harnblase und der oberen Harnwege 213, ferner 318.
Michel, Leo L., Moderne Methoden der Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane 92.
Michelet (Bad Neundorf), Zur Syphilis-

Digitized by Google

behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Salvarsantherapie in Verbindung mit den bisherigen Methoden 634.
v. Mikulicz, W. J., u. Kümmel, W., Die Krankheiten des Mundes 240.
Miles, Alexander, Ein Fall von Paraffinkrebs am Halse 748.
Milian, Ulzeriertes Lymphadenom des Halses, ein Gumma vortäuschend 233.
— Tuberkulöser Schanker des Kinns 233.
— Neuer Apparat für intravenöse Salvarsaninjektionen 536; siehe Goubeau, ferner 24.
Miller, J. W., Salvarsan 624.
Millet 280.
Milligan, W. A., Ein durch Behandlung mit Radium geheilter Fall von Pagetscher Krankheit am Nabel 292.
Mills 416.
Milne 432.
— R., Die Behandlung und Verhütung von Masern 469.
— L. S., Chronische Pneumonie (nebst einer Besprechung von zwei Fällen von Lungensyphilis) 151.
Mine, M., u. Maki, G., Über die subkutane Infusion des Salvarsans 211.
Minkowski 90.
Miriel, Marcel, Die akute syphilitische Meningitis 163.
Mironescu s. Siebert, Conrad.
Mirovitch, Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Hermesoline 566.
Misch, Peter, Varizellen bei Erwachsenen 470.
Miyabe, N., s. Takahashi, A.
Miyahara, M., Kasuistische und histologische Beiträge zur Kenntnis der Tuberkulose der Mundhöhle 325, 527.
Miyazaki, K., Über extragenitalen Schanker und die Bedeutung von Salvarsan zu Abortivkuren 211.
Moberg, Über Röntgenbehandlung von Lupus erythematosus 293.
— Ein Fall von solitärem Hautmyom 293.
Möller, Magnus, Salvarsan, wahrend eines Jahres gesammelte Erfahrungen 505.
— Über ansteckende Geschlechtskrankheiten und Ehegesetzgebung 625.
Moll, Albert, Handbuch der Sexualwissenschaften mit besonderer Berücksichtigung der kulturgeschichtlichen Beziehungen 709.
Mollard, J., Favre, M., und Dufourt, A., Über einen syphilitischen Symptomenkomplex 105.
Moltschanow, Zur Frage der Behandlung der Syphilis des Gehirns mit Salvarsan 633.
v. Monakow, P., Beitrag zur Serodiagnostik der malignen Tumoren 736.
Mononobe, J., s. Sugai, T.
Montesanto 249.
Montfort, E., Abortivbehandlung der Blennorrhagie 534.
Montgomery, Douglas W., Die Nachteile der Salvarsananwendung 540.
— u. Culver, George D., Eine Folgeerscheinung der Salvarsandarreichung 547.
Morata, Tod nach Salvarsan 604.
Morax, V., Primäre Sporotrichose des Tränensacks 479.
Mordwinow, Zur Kasuistik des hämorrhagischen Akroangioms 380.
Morelle, Ein Fall von syphilitischer Reinfektion 231.
— Ein Fall von Arteriitis mit Gangrän bei einem Syphilitiker 232.
Moriyasu 457.
Morosoff, Folliklis 318.
— Papulöses Syphilid 318.
— Spezifische Erkrankung des Nervus facialis 319.
— Syphilis gummosa serpiginosa regionis genitalis et pubis 442, 465, ferner 443.
Morris, M., Fall von Dermatitis herpetiformis 708.
— u. Dore, S. E., Fall von Nävus 326.
— — Ein ungewöhnlicher Fall von narbiger Follikulitis der Kopfhaut bei einer 55jährigen Frau 598, ferner 207, 292.
Morrow, Prince A., Die Kontrolle der Geschlechtskrankheiten von seiten des Gesundheitsamtes 74.
Morton, R., Die Behandlung von malignen Tumoren m. Röntgenstrahlen 31.
Motz, B., Spontanblutungen bei Prostatikern 533.
— Albuminurie, Nephritis und Pyelonephritis auf blennorrhoischer Grundlage 730.
Mouchet, Albert, u. Bricout, Salvarsan und postoperative Hämorrhagien 600.
Moullin, C., Die Behandlung von malignen Gewächsen mit Radium 737.
Mouriquaud, G., s. Weill, B.
Moutot, Henry, Zur Abortivbehandlung der Syphilis 144; s. Nicolas, J.
Mrongowius, Beobachtungen über die Wirkungen des Salvarsans bei Syphilis 634.
Msareulow, Ein Fall von Lichen planus atrophicus s. sclerosus 652.
Mucha, Viktor, Die Salvarsanbehandlung der Syphilis 634.
Muchin, Cancer en cuirasse 68.
— Pemphigus vulgaris und Psoriasis vulgaris 68.

Digitized by Google

Muchin, Rhynophyma 694.
Müller 46, 106, 111, 154, 172.
— Egon, Zur Kenntnis der Kontagiosität des Pemphigus neonatorum 481.
— H., Eigene Erfahrungen über Abortivkuren mit Kalomel und Salvarsan, sowie über Neurorezidive 606.
— J., Über ausgedehnte Thrombophlebitis nach einer intravenösen Salvarsaninjektion 541.
— Oskar, Über die im Verlaufe von 16 Jahren an der Universitäts-Kinderklinik der Kgl. Charité beobachteten Serumkrankheiten 388.
— P., Über Jodozithin 384.
— P. A., Beiträge zur Chirurgie der Nierensteine 93.
— Rudolf, u. Süß, Ehrhard, Vergleichende serologische Untersuchungen bei Tuberkulose und Syphilis 273.
Mulzer, Paul, Praktische Anleitung zur Syphilisdiagnose 264.
— Die tierexperimentelle Syphilisforschung und ihre Bedeutung für die Erkennung und Behandlung der Syphilis 527.
Munk 106.
Mustafa s. Reshad Risa.
Muto u. Sauno, Über die Ausscheidung des Arsens nach der intramuskulären Injektion des Salvarsans 512.

Nagelschmidt, Die Behandlung des Lupus und der Schleimhauttuberkulose mittels Diathermie 272.
Nagy, S., Über das Sklerom 689.
Nakano, H., Über die durch Salvarsanbehandlung hervorgerufene Schwerhörigkeit und Fazialislähmung 37.
— Tierversuche mit Lepragewebe 532.
— u. Takahashi, A., Über intravenöse Salvarsaninjektion 210.
de Napoli, Ferdinando, Il „606" nel laboratorio e nella pratica 147.
Nasse 549.
Nattan-Larier, L., Hereditäre Übertragung der Spirillosen 41.
Navarre, Radiodermatitis am Bauche 265.
Navarro, Claudio Hernandez Ros y, Der Kampf gegen den Krebs 467.
Navassart, E., s. Frenkel (Heiden).
Neisser, A., Über moderne Syphilistherapie mit besonderer Berücksichtigung des Salvarsans 148.
— u. Siebert, C., Haut- u. Geschlechtskrankheiten 75, ferner 22, 109, 165, 204, 241.
Nemenow, N. M., Zur Behandlung des Rhinoskleroms m. Röntgenstrahlen 688.
Neuberg 172 ff.
Neuberger, J., u. Cnopf, Julius, Über eine besondere Form der neutrophilen Leukozyten im blennorrhoischen Eiter 530.
Neumann 280.
— Alfred, Über Trichopilarmuskelkrisen bei Tabes dorsalis 76.
— J. 374.
Nichols, Henry J., s. Craig, Ch. F., Siller, J. F.
Nicolas, J., u. Moutot, H., Die bullösen Antipyrinexantheme in d. Mundhöhle 125.
— — Ein Jahr praktischer Erfahrungen mit Salvarsan an der venerologischen Klinik in Lyon 329.
— — Erythemato-squamöse Dermatose 473.
— — Die 1¼jährige Erfahrung mit Salvarsan in der venerologischen Klinik der Antiquaille zu Lyon 502, 567, ferner 109.
Nicolas, Louis, Über die Wirkung der Wässer von Vichy bei den „dermatoses diathésiques (Ekzem u. Psoriasis) 385.
Nicolau, S., Histologische Untersuchungen über das Hautfett 232.
Nicoll, M., Bemerkungen über Noma nebst Bericht über einen Fall, der mit Salvarsan behandelt wurde 689.
Nicolle 278.
*Nielsen, Ludwig, Tardive syphilitische erosive Papeln an den Genitalien eines Weibes fast 24 Jahre nach der Infektion (+ Spiroch. pall., + Wassermann) 86.
— Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées (Brocq) 293.
Niemeyer 203.
Nietner, Verhandlungen der dritten Sitzung des Lupusausschusses des deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose 271.
— Bericht über die Tätigkeit der Lupuskommission im Jahre 1910 und Rechnungslegung 271.
Niles, George M., Einige Bemerkungen zur Behandlung der Pellagra 393.
— Diät bei Pellagra 393.
Nobécourt u. Tixier, Behandlung der kongenitalen Hämophilie und der Purpura mit Injektionen von Pepton Witte 417.
Nobl, G., Lymphogranuloma papulosum disseminatum 182, ferner 454, 553.
Noeggerath, C. T., Die Vakzine-(Bakterine-)Therapie in Nordamerika 332.
Noel, P., Systematisierter flacher Gefäßnävus 125.
Nogier, Th., u. Reynard, J., Injektion von Kollargol in das Nierenbecken mit gleichzeitiger Durchleuchtung 681.

Digitized by Google

Noguchi, Hidego, Kultur des pathogenen Treponema pallidum 41.
— Syphilitische Orchitis beim Kaninchen, hervorgerufen durch Reinkulturen von Spirochaeta pallida 105.
Noguès (Paris), Die Anwendung von Leitsonden bei gewissen Urethralstrikturen 681.
Nonell, J., Zikatrizielle Achromie nach Salvarsan 37.
— Multiple Herpeseruption nach einer intravenösen Salvarsaninjektion 210; s. de la Villa, S.
Nonne 265, 405.
Northrup, W., Fünftägige Anurie nach Scharlach bei einem 3½jähr. Knaben 451.
Notthafft, Automobil und Sexualvermögen 72.

Oberholzer, E., Zerebrospinalmeningitis als Rezidiv nach Salvarsan 361.
Obraszoff 318, 319.
Ochs, B. F., Ein Fall von Urtikaria, verursacht durch Sonnenstrahlen 396.
— L. F., Neuralgie nach Gebrauch fester Kohlensäure 335.
Offer, Wilhelmine, Weibliche Pflege bei Männerkrankheiten 132.
Oker-Blom, Max, Anleitung zur sexuellen Aufklärung und Erziehung 73.
Oksenow, Über Sklerogummi, welche eine Reinfektion vortäuschen können 381.
Okugawa, S., Über die Injektion der schwach alkalischen Halbemulsion des Salvarsans 38.
Olesen, Robert, Impfung in den Philippinen 471.
Oltramare, H., Ein Todesfall fünf Tage nach einer Salvarsaninjektion 328.
Opitz, Karl, ar Razi (Razes), Über die Pocken und die Masern (ca. 900 nach Christi) 126.
Oppenheim 110, 162, 171, 312 ff.
— M., Beitrag zur Frage der Beeinflussung des elastischen Gewebes durch Tuberkulose 41.
*— Ein durch Eukalyptusbonbons hervorgerufenes Exanthem 224.
— Ein Beitrag zur Behandlung der Psoriasis vulgaris 476.
— Über einige durch Salvarsanbehandlung bedingte Eigentümlichkeiten kutaner Syphilis 546.
Orlow 67.
Orton, P. H. 30.
Osman Bey s. Hodara, Menahem.
Ossola, S., Hodensyphilis beim Kaninchen 465.
Ostheimer, M., Masern und Röteln. Charakteristika der gegenwärtigen Epidemie in Philadelphia 469.
Owre, Oscar, Paraurethrale Drüseninfektion 677.
Oyarzábal, Eusebio, Die Simulation der Hautkrankheiten 355.

Palazzoli, M., Mechanische Behandlung der Urethraldrüsenentzündung 534.
Paltauf 182.
Pappagallo, Stefano, Das Salvarsan in der Behandlung der Syphilis 35.
Pappenheim, A., Technik der klinischen Blutuntersuchung f. Studierende und Ärzte 567.
Paraf 295.
Parambos s. Bertarelli.
Parent, F. M., s. Gougerot, H.
Paris, A., u. Desmoulière, Eine technische Frage der Wassermannschen Reaktion 412; s. Gaucher.
Parker, R., Epitheliom der Hände und Drüsen; Exstirpation von zwei Fingern und den Drüsen 741.
Parrot 382.
Pascal (Bezièrs), Ein Jahr Erfahrungen mit Salvarsan 599.
Pasini, Bazillus Frisch und Rhinosklerom 34.
— Bakteriologische Untersuchungen beim chronischen Pemphigus 355.
— Mikrosporie durch Mikrosporon Iris 356, ferner 457.
Passenaud, F., Über allgemeine Paralyse- und Tabesfrühfälle im Gefolge akquirierter Syphilis 185.
Pauchet, Victor, Die Resultate von 207 Prostatektomien 262.
Pautrier, L. M., Belot u. Richou. Gummöse und verruköse Hauterscheinungen, die der Syphilis und der Tuberkulose ähneln 565.
*Pawlow, P. A., Zur Frage über den Einfluß der rituellen Beschneidung auf die Ansteckung von venerischen (harten und weichen) Affektionen 197.
*— Ein Fall von Ausheilung eines weichen Schankers durch Gebrauch von Salvarsan 248.
— Resultate längerer klinischer Beobachtungen über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan 444, ferner 318, 320, 443.
Pedersen, Victor C., Gedanken über die Prostata 533.
Peiser 373.
Pelissier, A., s. Gastinel, P.
Pellegrini, E., Über einen Fall von Oedema durum traumaticum oder Morbus Sécrétan 395.

Digitized by Google

Pépin s. Fouquet, Ch.
Pereschiwkin, Zur Frage der Syphilis der Blase 95.
Perez-Grande, Enrique, Die präkokzygealen Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung bei der Spermatorrhöe u. der sexuellen Impotenz 293.
Peritz 171 ff.
Pernet, George, Ichthyosis bullosa 33.
— Ein Fall von Pemphigus vegetans 183.
— Hautkrankheiten und Kosmetika 296.
— Christoph Wren, englischer Arzt 329.
— Tinea tonsurans bei einem 60jährigen Patienten 652.
— Fall von Xantho-erythrodermia perstans (Crocker-Pernet) 708, ferner 84, 206, 292.
Perutz, Alfred, Zur Ätiologie der Hydro aestivalis 265.
— Über die antagonistische Wirkung photodynamischer Sensibilisatoren auf ultraviolettes Licht 420.
Petersen 280.
— Hjalmar, Pemphigus mit Affektion der Konjunktiva. Streifenförmige Keratose auf den Schienbeinen 293.
v. Petersen, O., u. Kolpaktschi, M., 200 mit Salvarsan behandelte Syphilisfälle 507.
Petges, G., Behandlung des weichen Schankers mit Jodtinktur 685.
Petrini de Galatz, Ein Fall von Dermatitis herpetiformis hypertrophica et vegetans 235.
Pettavel, Charles A., Über eigentümliche herdförmige Degenerationen der Thyreoidea-Epithelien bei Purpura eines Neonatus 416.
Peyri, Jaime, Über einen Fall von primärer Lymphangiektasie der rechten Leiste. Behandlung mit Röntgenstrahlen 36.
— Über einen Fall von Lymphadenia cutanea 37.
— Medikamentöse Binden 37.
— Der konstante Strom bei bullösen Dermatosen 332.
— Erfahrungen aus unserem ersten Jahre Salvarsanbehandlung bei Syphilis 466.
— und Soteras, Juan, Experimentelle Erzeugung der Toxituberkulide der Haut bei empfänglichen und unempfänglichen Tieren 678.
Philippon, François, Beitrag zum Studium der multiplen Hautsarkome 737.
Phillips, S., Ein Vortrag über einige Momente von klinischer Bedeutung in bezug auf die exanthematischen Erkrankungen 418.
Piccardi, G., Die medikamentöse, chirurgische und physikalische Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten 184.
Pick 32.
Picker, Die Bakterien der normalen Harnröhre des Mannes 93.
Pied, Mastitis gummosa, Brustdrüsenkrebs vortäuschend 233.
— Beitrag zum Studium der latenten Syphilis. Psoriasis guttata durch spezifische Behandlung geheilt 380.
— Henri, Latente Syphilis des Herzens und der Aorta 152.
Piersig, Styptol bei Pollutionen 96.
Pietkiewicz s. Gougerot, H.
Pighini u. Ravenna, Der angebliche Einfluß der Jahreszeiten auf die Giftigkeit der Kulturen von „Aspergillus fumigatus" 43.
Pillon, Die Wassermannsche Reaktion bei Neugeborenen 130.
Pini 456 ff.
Pinkus, Felix, Diffuse Boecksche Sarkoide des Gesichts 439.
— Über spirochätenhaltige Spätrezidive der sekundären Syphilis 439, ferner 726.
Plaut, F., u. Göring, M. H., Untersuchungen an Kindern und Ehegatten von Paralytikern 185, ferner 404.
Plehn, A., Die praktische Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Therapie der Syphilis, besonders der Spätformen 130.
— Marianne, Die Furunkulose der Salmoniden 657.
Pleschner, Hans Gallus, Nachblutungen nach Nephrotomien 94.
Pöhlmann 166.
Pötzel 106, 111.
Pohl (Berlin), Über eine Emulsion aus Seife zur Haarpflege 325.
Pohlmann (Frankfurt a. M.), Meine Erfahrungen mit Jodival in der dermatologischen Praxis 384.
Poirier, Behandlung der Syphilis mit Arrhenal 232.
— Versuche, die Syphilis mit hohen Arrhenaldosen zu behandeln 261.
Pokrowski, Ein mit Salvarsan behandelter Leprafall 270.
Pollák, Otto, Diphtherieserum bei Erysipel. Ein Beitrag zur Therapie des Erysipels 686.
Polland, Rudolf, Sarcomatosis cutis (Spiegler) 320; s. Matzenauer, R.
Pollini, L., s. Preti, L.
*Pollitzer, S., u. Wile, Udo J., Xanthoma tuberosum multiplex 421.
Poór, F., Zur Salvarsantherapie 632.
Popoff, A., Über einen Fall von poly-

Digitized by Google

morpher, schmerzhafter akuter Dermatose 579.
Porges 110, 171.
Porosz, Moriz, Über die psychische Onanie 96.
— Die Bedeutung und Erklärung der sexuellen Träume 320.
Posner, C., Bemerkungen über das Prostatasekret 71, 73.
— Hans L., Prostatalipoide und Prostatakonkretionen 95.
Pospelow 311 ff.
— jun., J., Rhinoscleroma nasi 353.
— Pemphigus pruriginosus 353.
— jun., W., Jododerma tuberosum fungosum 648.
— sen. 353, 648.
— W., Ein Fall von verspäteter Reaktion nach intravenöser Salvarsaneingießung 652.
Pott, Richard 372.
Poullain, Charles, Die antivenerische Prophylaxe in den Mittelschulen 74.
Pousson, Die Steinkrankheit im Laufe der Zeiten 294.
Prašek, E., s. Landsteiner, K.
Preisig, Progressive Paralyse, diffuse Zerebralsyphilis oder arteriosklerotische Psychose 185.
Preobrashenski, Dermatitis herpetiformis Duhring 68.
Preti, L., u. Pollini, L., Über einige Fermentwirkungen bei der Pellagra 390.
Price, Lawrence T., Kolloidale Silberinjektionen bei der Nierendiagnose 264.
Pringle, J. J. 206, 292.
Proust, Die Dauerresultate der Prostatektomie wegen Prostatahypertrophie 262.
v. Prowazek, S., s. Leber, A.
Pueltz, Otto, Über eosinophile Zellen und Mastzellen in vesikulösen Hauteffloreszenzen 321.
Puschner, K., Ein Fall von wahrscheinlicher Übertragung von Maul- und Klauenseuche auf den Menschen 483.
Pusey, W. A., Die biologische Wirkung des Radiums 298.
— Ödem des Gesichts (symmetrische Elefantiasis) 321.

Quarelli 171.
Queyrat, Ein Jahr Salvarsan 409.
— Was soll man von der sog. abortiven Behandlung der Syphilis nach Hallopeau halten? 410.

Radaeli, Francesco, Über einen Fall von „Purpura annularis telangiectodes" 34.
Radaeli, Francesco, Über einen interessanten Fall von Mykosis des Fußes 466.
— Beitrag zum Studium der Mycosis fungoides 715.
Raimoldi Gustavo, Das Verhalten des Salvarsans im menschlichen Körper 360.
Ramazotti, Virginio, Extragenitale Ulcera venerea 35.
Rappin 552.
Rasch, C., Multiples Akrosarkom (Kaposi), Besserung durch Arsenik 293.
— Sklerodermie mit Affektion der Mundschleimhaut und Basedow-Addison-Symptomen 597, ferner 84.
Ratera, T., Pagetsche Krankheit mit Radiotherapie geheilt 210.
— Zystische benigne Epitheliome mit Radiumtherapie geheilt. Ausgedehntes ulzeriertes Hautepitheliom 210.
Ravaut, Paul, Bioptisches Studium der meningitischen Gefäßerkrankung 153.
— Lupus des Gesichts und des Thorax. Heilung durch heiße Luft 236.
— Nervöse Erscheinungen nach einer zweiten Salvarsaninjektion 568; siehe Thibierges, Georges, ferner 234.
— u. Weissenbach, R. J., Intoleranzerscheinungen, welche an Anaphylaxie erinnerten, bei einem Kranken, der vier Salvarsaninjektionen erhalten hatte 543.
Ravenna s. Pighini.
Ravogli, A., Die Notwendigkeit allgemein gleicher staatlicher Verordnungen über die Behandlung venerischer Erkrankungen zur Verhütung dieses sozialen Mißstandes 74.
— Papulo-squamöse Syphilide und ihre Beziehung zu Psoriasis und Parapsoriasis 321.
Raymond, Paul, Die Syphilis in der prähistorischen Zeit 102.
ar Razi (Razes), Über die Pocken und über die Masern 126.
Reasoner, Mathew A., s. Watson Ray A.
Reese Satterlee, G., Ein Fall von Brustgeschwulst und Aneurysma der Aorta descendens, mit Salvarsan behandelt 543.
Regnard 579.
Reicher, K., u. Lenz, E., Adrenalinanämisierung als Hautschutz in der Röntgentherapie 299.
Reinhard, Ad., Zur Kenntnis der Hautdiphtherie 659.
Reischig, Leopold, Statistische Beobachtungen über kongenitale Lues 213.
Reiss, W., Beitrag zur Kenntnis der bei Quecksilberbehandlung vorkommenden Zylindrurie 530.

Digitized by Google

Reis, Wiktor, Zur Frage der Behandlung der Entzündungen des Sehnerven mit Salvarsan 576.
Reiter, Hans, Die Prinzipien der Vakzinetherapie 299.
Renault, Jules, und Cain André, Lymphadenom der Tonsille, das einen syphilitischen Schanker vortäuschte 728.
— M., s. Fournier, L.
Rendu, Robert, Zystische intravesikale Dilatation des unteren Ureterendes. Kongenitale Hydronephrose durch Stenose der Ureteröffnungen 602.
Reshad Risa u. Mustafa, Der Erreger der Aleppobeule und seine Kultur 732.
Reuben, Mark S., Hereditäre Syphilis und Wassermannsche Reaktion 215.
Reuter, C., Bulbäre Blutung auf luetischer Basis 163.
Reveil 293.
Reverdin 197.
Reydel, Beiträge zur Diagnostik und Symptomatologie d. Nephrolithiasis 92.
Reyn, Axel, Methode zu therapeutischer Anwendung von Jod in statu nascendi in den Geweben 383.
Reynard, J. s. Nogier, Th.
Reynès, Eine einfache Modifikation des Albarranschen Zystoskops, um die Beschmutzung des optischen Apparates beim Einführen durch die Urethra zu verhindern 263.
— Henry, Über Vesikulitis 534.
Ribbert 496 ff.
Richou s. Pautrier, L. M., Sulzer.
Richter, Oxalurie und Phosphaturie 262.
Ricord 231, 280.
de Ridder u. Marzorati, Zur vereinfachten Serumreaktion von Wassermann nach v. Dungern 155.
Riebes, E., s. Scholtz, W.
Riecke 166 ff.
Riehl, G., Furunkel, Furunkulose und deren Behandlung 659, ferner 20.
Rietz, Torsten, Drei Fälle entzündlicher Nabelschnurveränderungen von wahrscheinlich nicht syphilitischem Ursprung 528.
*Rille, J. H., Über Leucoderma psoriaticum der behaarten Kopfhaut 10, ferner 146, 278, 636.
Ritchie, J., s. Walker, N.
*Ritter, Hans, Über Röntgenbehandlung der Darierschen Dermatose 165.
— Über die Verweildauer des Arsens im tierischen Organismus nach intravenöser Einspritzung von Salvarsan 511.
Robert, Stewart R., Sambons neue Theorie der Pellagra und ihre Anwendung auf die Krankheit in Georgia 390.
Robinson 416.
— D. O., Der praktische Wert der Methode von Noguchi 155.
— T., Dermatologische Unarten 132.
Rochet, Versuche einer chirurgischen Behandlung der sogenannten Harnverhaltung ohne mechanisches Hindernis 263.
— Einfache Nephrotomie bei infizierter Steinniere mit großen Steinen 263.
Rocchi, G., Über einen Fall von Gasgangrän, verursacht durch den Bienstokschen Bazillus 657.
Rochet, V., u. Thevenot, L., Wie soll man sich nach Spaltung eines Urinabszesses gegenüber der Urethra verhalten? 730.
Rockwell, A. D., Bogenlicht in der Medizin 297.
Roddy, John A., Ein Resümee über 100 Wassermannsche Reaktionen 129.
Rodenwaldt (Anecho), Salvarsan bei Ulcus tropicum 733.
Rodriguez, Leopoldo, Behandlung des Lupus vulgaris mit Radium 678.
Roerig, R., Ist Krebszerfall auszuheilen durch medikamentöse Behandlung? 748.
Roger, Henri 378.
Rohleder, Hermann, Die Masturbation 126.
v. Rohr, M., Über Verbesserungen an den optischen Systemen der Zystoskope 96.
Rohrbach, Über neuere Behandlungsmethoden blennorrhoischer Komplikationen 230.
Rohrer, C. W. G., Bau und Funktion der Prostata beim Rotfuchs 467.
Rolleston, Erbsyphilis u. blaue Skleren 160.
Rollet u. Grand Clément, L., Primäraffekt am unteren Augenlide 103.
Rominger, Erich, Klinische Untersuchungen über das Röntgenerythem 241.
Róna 453, 553.
Rondoni, Pietro, Einfluß der Maisernährung und des Sonnenlichtes auf Mäuse in Zusammenhang mit der photodynamischen Theorie der Pellagra 389.
— Untersuchungen über das Blutserum der Pellagrösen 390.
Rosenbaum, M., Vorläufiger Bericht über die Wirkung des Salvarsans bei syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Auges bzw. auf die gesunden Augen Syphilitischer 576.
Rosenthal, Lichen ruber planus 438, ferner 11, 369, 438, 439, 440, 726, 727.
— Hautrezidiv nach Salvarsan 727.

Digitized by Google

Rosenthal, O., Über die sexuelle Belehrung der Abiturienten 211.
Rossi, F., Ein Fall von primärer Purpura mit dem Henochschen abdominalen Symptomenkomplex 416.
Rost, E. R., Die Kultur des Leprabazillus und die Behandlung mittels Lepravakzine 466.
Roth, M., Über die Unzulänglichkeit der Chromozystoskopie für die funktionelle Nierendiagnostik 93.
-- O., Zytologische Blutuntersuchungen bei Scharlach 419.
Rotter 549.
Roucayrol, Ernest, Wirkung und Bedeutung der „elektrolytischen Reinigung" bei der Behandlung chronischer Urethritiden 533.
Rousset, Varizellen und Scharlach 470.
Rovsing, Beitrag zur Symptomatologie, Diagnose und Behandlung der Hufeisenniere 94.
— Ausgedehnte Resektionen der Blase 262.
Row, R., Der Heilwert einer Vakzine von Leishmaniakulturen beim Ulcus orientale 733.
Rubinstein s. Leredde.
Rühl, Karl, Die Ätiologie der Pellagra im Lichte der älteren und neueren Anschauungen 143.
— Die Syphilis. Das Salvarsan. (La sifilide. Il „606" di Ehrlich-Hata.) 382.
*— Über eine sonderbare menstruelle Hauterscheinung 581.
Rusnetzky, Nephrotomie als Ergänzungsoperation bei Pyelolithotomie und über die Bedeutung der Pyelolithotomie für die Verhütung von später konsekutiver Nierenblutung bei Nephrolithotomie 94.
Rytina, A. G., Instrumentarium zur intravenösen Salvarsaninjektion 69.

Saalfeld, Edmund, Arsen in der Dermatologie des praktischen Arztes 321, ferner 726.
Sabouraud, R., Über die Vorurteile gegen Schminken, Haarentfernungs- und Haarfärbemittel 296.
— Das Ekzem der Zwischenzehenfalten ist meistens parasitärer Natur 474, ferner 206, 280, 292, 331.
Sachs 171.
— Otto, Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von Anilinfarbstoffen auf die menschliche und tierische Haut 149.
Sadikoff, J., Der Kampf mit der Lepra in Kurland im Jahre 1910 267.
Saenger, Alfred, Über Neurorezidive nach Salvarsan 568.
Safranek, J., Fälle von Larynxlupus 275.
*Sakaguchi, Y., u. Watabiki, Ch., Kutane Reaktion bei den Gonorrhöekranken 717.
Sakurane, K., Über die Anwendungsweise des Salvarsans 38.
Salin s. Gaucher, H.
Salomon, Albert, Anatomische und klinische Beiträge zur Behandlung der Angiome und Nävi mittels Kohlensäureschnee 335.
Sambon, Louis W. 390.
Sampelayo, H., Fraktionierte Behandlung der Syphilis mit intravenösen Salvarsaninjektionen 36.
— Syphilis. Salvarsaninjektion. Rezidiv. Erneute Salvarsaninjektion. Verschlimmerung. Zwei Injektionen von grauem Öl. Beträchtliche Besserung 37.
Sandes, T. L., Der Modus der Übertragung der Lepra 268.
Sanière, L., Pathogenese der Handphlegmonen 657.
Saunders, Truman Laurance, Die Ohrenkomplikationen der akuten Exantheme 419.
Sauno s. Muto.
de Saxe, G. 377.
Schäfer 453 ff.
Schaeffer, H., s. Claude, Henri.
Schafir 442, 443.
Schamberg, Jay F., Eine Epidermie von Lippenschankern durch Küssen 103.
Schaudinn 17, 42.
Schelbert, Werner, Über Nephritis bei Erysipel 686.
Schellach 42.
Schepelmann, Emil, Über Thierschsche Hautverpflanzung 336.
Scherber 551.
Scheuer, O., Syphilidophobie 231.
Schewkunenko, Portio intramuralis der Ureteren und Trigonum vesicae. Die Varianten und Formen derselben 96.
Schiele, W., Beobachtungen über die Wirkung des Salvarsans bei Syphilis 636.
Schindler, Carl, Die kombinierte Behandlung der Syphilis mit Joha und Quecksilber 187.
— Über „Joha", ein 40proz. Salvarsanöl 364, ferner 192 ff., 299, 301 ff.
Schiperskaja, Zur Frage des Milium colloidale 70, ferner 405.
Schirmer 46.
Schläfli 90.
Schlagintweit, Felix, Metastatische Karzinose der Ureteren mit Anurie bei gleichzeitiger Nephritis 95.
— Neue scharfe Blasenzange zum Operationszystoskop 96.

Digitized by Google

Schlayer s. Schmid, Paul.
Schlegtendal, B., Medizinalkalender für das Jahr 1912 38.
Schlesinger 405.
— Hermann, Über Neuritis multiplex cutanea 75.
Schleyen, K., Erfahrungen über die therapeutische Wirksamkeit der Arsoferrin-Tektolettes 364.
Schmid, Ernst, Über die verschiedenen Methoden der Salvarsananwendung auf der III. med. Abteilung des Krankenhauses l. d. I. (München) und die damit erzielten Erfolge 514.
— Paul, u. Schlayer, Über nephritisches Ödem 394.
Schmidt, H. E. 229.
— Röntgenrefraktäres Ulcus rodens, durch Röntgenstrahlen geheilt, nach vorangegangener Sensibilisierung 742.
— Louis E., u. Kretschmer, Hermann L., Funktionelle Nierendiagnose 70.
— P., Studien über das Wesen der Wassermannschen Reaktion 128.
Schmincke, R., Über die Syphilis des Herzens und der Aorta 152.
Schmitt 304 ff.
— L. S., Die Laboratoriumsdiagnose der Syphilis 107.
Schneickert, Hans, Reform der Budapester Sittenpolizei 625.
Schoenbein 6, 7.
Schoenberg, J., und Burchill, E., Einige vorläufige Experimente für eine Hautreaktion zur Syphilisdiagnose 127.
Schoenrich, Herbert, Die Wassermann-Reaktion 69.
Scholtz 242, 398 ff.
— W., Über die Erfolge der kombinierten Salvarsan-Quecksilberbehandlung bei Syphilis 609.
— Die Salvarsanbehandlung der Syphilis und ihre Dauererfolge 633.
*— u. Riebes, E., Über die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung der Syphilis 693.
Schoull, Das Hektin und Hektargyr in der Behandlung der Syphilis 216.
Schramek, M., s. Arzt, L.
Schreiber 24.
— Gertrud 495.
Schridde, Hermann, Das Granuloma telangiektodes europeum, eine Protozoenkrankheit 731.
Schüffner (Sumatra), Über das Ulcus tropicum 733.
Schütz, Ferdinand, Ein Fall von Arzneiexanthem 389.
Schultz-Frank, Über die Wirkung weicher Strahlen 298.
Schultze, Walter 5.
Schumburg, Alkohol und Seifenspiritus in der Händedesinfektion 74.
Schuster, Carl, Über zwei Fälle von Strumitis auf luetischer Basis 159 (bis).
— G., Milzbrand und Salvarsan 691.
Schussler, O. F., u. Stern, M. A., Fingergangrän durch 5proz. Karbolsalbe 219.
*Schwenk, Arthur, Zur Behandlung der Zystitis mit Diplosal 90.
Schwenter-Drachsler, W., Eine neue Methode zur Beseitigung des Frauenbartes 321.
Sdrawomysslow, Die Reaktion der Komplementbindung beim Rhinosklerom 688.
Seamann, William, Der Kampf gegen den Krebs 743.
Seelig, A., Ein Fall von beiderseitiger Verdoppelung der Nierenbecken und Ureteren 96.
Seiffert, H., Über Serodiagnostik der Syphilis 128.
Seguinot, Gaston, Die Zungensyphilis 160.
Sellei, Josef, Die zytotoxische Behandlung der Prostatitis blennorrhoica 321.
— Meine Erfahrungen bei der Anwendung des Salvarsans 503.
— Über einige Nebenwirkungen des Salvarsans 570.
— Die Wirkung des Salvarsans auf das Gehör 572.
Semenow, Zur Technik der intravenösen Salvarsaneingießungen 537.
Senator 336.
Senn, William N., Ein neues Operationszystoskop 624.
Sensini, Publio, Beitrag zum Studium der Meiostagminreaktion bei Syphilis 145.
Sequeira, J. H., Alopecia areata bei einem Syphilitiker 30.
— Radium beim Ulcus rodens und anderen Hautläsionen 31.
— Tuberkulide bei einem 5jährigen Mädchen 208.
— Ausgedehnte Trichophytie des Rumpfes und der Extremitäten mit granulomatösen Wucherungen 292.
— Lupus vulgaris bei einer syphilitischen Patientin 326.
— Mikroskopische Präparate von einem Fall von ausgedehnter Trichophytie mit granulomatösen Läsionen 327.
— Kulturen von Achorion Quinceanum (Mäusefavus), von einem 5jähr. Mädchen herstammend 327.
— Fall zum Diagnostizieren 445, 708.
— Kulturen von Trichophyton plicatile,

Digitized by Google

welche von einem durch granulomatöse Läsionen komplizierten Fall von ausgedehnter Trichophytie des Rumpfes und der Extremitäten stammten 445.
Sequeira, J. H., Ausgedehnter Nävus mit Beteiligung vorwiegend der linken Körperhälfte und der rechten Seite des Halses bei einem 14jährigen Mädchen 445.
— Alopecia universalis mit gleichzeitiger Dystrophie der Nägel 598.
— Ulcus rodens, den Sulcus retro auricularis betreffend 651.
— Fall von Lichen planus annularis 708, s. Fearnsides, E. G., ferner 207, 292.
Sereins (Ymonville), Progressiver Furunkel, durch Formol zum Stillstand gebracht 658.
Sergois, Erich, Beitrag zur Rolle der Insekten als Krankheitsüberträger 276.
Serkowski, Stanislaw, Über Vakzinotherapie 446, 447.
Serra, Alberto, u. Gentili, Attilio, Wassermannsche Reaktion im Blute des Nabelstranges usw. 130.
— Beitrag zum Studium blennorrhoischer Ulzerationen 599.
Serrano, Lupus erythematosus, geheilt mit Applikationen von Trichloressigsäure 209.
— u. Sainz de Aja, Über die Behandlung der Syphilis der Brustkinder durch Salvarsanbehandlung der stillenden Personen 36.
— — Zoster und Herpes als Nebenwirkung des Salvarsans 37.
— — Über die Behandlung der Syphilis bei Säuglingen durch Salvarsaninjektion der stillenden Person (Mutter oder Amme) 631.
Sezary, Albert, Gewebsaffinität der Spirochäten bei sekundärer Syphilis 107.
— Pathogenese der Tabes. Die Meningitis parasyphilitica 164.
Shaw, Arthur F. Bernhard, Artefizielle Exantheme 217.
Shebunew, Zur Pathogenese der Psoriasis vulgaris 183.
Shields, Edward H., Klinische Beobachtungen bei Anwendung von Salvarsan 70.
Shillitoe, A., Fall von (?) Granuloma inguinale 28.
— Fall von Trichophyton tonsurans der Zehennägel 30.
— Fall von korymbiformem Syphilid 30.
— Fall von Syphilis 327.
— Universelles kleinlichenoides Syphilid 327.
Shinkishi-Hatai 169.
Shoemaker, Harlan, Peritheliom der Prostata 70.
Shufeldt, W., Nacktheit und öffentliche Moral 70.
Sicard u. Bizard, Warnender Neurotropismus des Salvarsans 569.
— — u. Gutmann, Neurotropie oder Salvarsan 569.
— u. Bloch, Behandlung der Nervensyphilis und Parasyphilis mit Salvarsan 162.
Siebenmann 138.
Siebert, Die Eltern und die sexuelle Aufklärung 212, ferner 279 ff.
— Conrad, Die Technik der Salvarsanbehandlung 535; s. Neisser, A.
— u. Mironescu, Über die Brauchbarkeit der Syphilisreaktion nach Karvonen 157.
Siefart (Charlottenburg), Wie die Impfgegner arbeiten 473.
Siegel, J., Gelungene Reinkulturen des Cytorrhyctes vaccinae 472.
Sierra, Leopoldo Rodriguez F., Ein Fall von Pruritus der Genitalien, geheilt durch Hochfrequenz 355.
Sieskind, Richard, Der gegenwärtige Stand der Salvarsantherapie 500.
Sigaud, Aktinomykose am linken Kiefer 713.
Sikbal, Ahmed, s. Gaucher, H.
Siller, J. F., u. Nichols, H. J., Pellagra im staatlichen Hospital von Peoria, Illinois 392.
Simmonds, M., Männlicher Geschlechtsapparat 654.
Simon, E., Zur ambulanten Behandlung der Syphilis mit kleinen Salvarsandosen 632.
— Julius, Aderlaß und Kochsalzinfusion in der Dermatologie 334.
Simonyi, A., Die Salvarsantherapie vom militärischen Gesichtspunkte 628.
Siredey 579.
Skillern, Penn G., Rationelle Behandlung des Furunkels 659.
Slowtzoff 170.
Slushen, W. C., u. Burchell, E. B., Eine Warnung bezüglich der Salvarsananwendung 538.
Snipes, J. J., s. Angle, E. J.
Snow, Wm. B., Ein Fall von Riesenzellensarkom mit Radium erfolgreich behandelt 737.
Soegaard, Munch, Die relative Krebsimmunität der Leprakranken. Die Sekundärinfektionen. Kachexie 269, ferner 270.
Solmsen (Danzig), Mitteilung zu dem Aufsatze: „Zwei Fälle von Jodfieber" 384.
Solowieff, Dermatitis herpetiformis Duhring 317, ferner 318, 320, 443.

Digitized by Google

Sonntag, K. F., Epitheliom der Ohrmuschel 741.
Sorel 285.
Sorgente, Über einen Fall von Morbus Ritter (Dermatitis exfoliativa neonatorum) 473.
Sorgo 273, 550.
Sormani, Arsazetin in der Therapie der Pellagra 393.
Soteras, Juan, s. Peyri, Jaime.
Le Sourd, s. Thibierge, Georges, ferner 277.
Sourdel s. Legry.
— Marcel, Behandlung der Angina Plaut-Vincenti mit Salvarsan 132.
Souther, Ch. T., s. Handley, Dan C.
Sowade, H., Über Spirochaeta pallida-Kulturimpfungen nebst Bemerkungen über die Wassermannsche Reaktion beim Kaninchen 42.
Sowinsky, Rezentes Neurosyphilid 318.
Spearing, A., Die intramuskuläre Injektion von Salvarsan 538.
Spieler, Fritz, s. Leiner, Carl.
Spiethoff, Zur Frage der sauren oder alkalischen venösen Salvarsaninfusionen 515.
Sprecher 280.
*Sprinz, O., Die Lebensaussichten der kongenital-luetischen Kinder 368, 402, 428.
Stammler, A., Über Tumorreaktionen mit besonderer Berücksichtigung der Meiostagminreaktion 735.
Stanley, J. D., Lungensyphilis 152.
Stanziale, R., Experimentelle Studien über Lupusimpfungen beim Meerschweinchen 145.
— Über die experimentelle Übertragung der Lepra 268.
Starck, W., Doppeltes Nierenbecken, das eine gesund, das andere infiziert 93.
Steel, D., Aufzeichnungen über eine Untersuchung des Granuloma ulcerosum pudendorum nach Beobachtungen in den Spezialhospitälern der Regierung in Westaustralien 732.
Steffenhagen, K., s. Uhlenhuth, P.
Stein, Über die Arteriosklerose der Aorta bei Syphilitikern 318.
— J., Kasuistischer Beitrag zur Lehre vom Herpes Zoster mit Viszeralneuralgie 266.
— Robert Otto, Zur Epidemiologie der Mikrosporie in Wien 480.
Steiner 453.
— Paul, Über polyzystische Nierentumoren 413.
— Saul, Die Frühdiagnose der Syphilis 467.
Steinhaus, Jules, Neue einfache und schnelle Methoden der Spirochätenfärbung 41.
— Die Noguchi-v. Dungernsche Modifikation der Wassermannschen Methode der Serodiagnose der Syphilis 155.
Stengel, Alfred, Aktinomykosis der Wange, verursacht durch eine Verletzung mit einem zahnärztlichen Instrument 713.
Stepanoff, Paul, Beiträge zur Kenntnis des Korsakoffschen Symptomenkomplexes bei Lues cerebri 162.
Stephens, G. Arbour, Über Vakzinetherapie 334.
Stern 223, 248.
— K., Zur Frage der Abortivbehandlung der Lues mit Salvarsan 632.
— M. A., s. Schussler, O. F.
Sternberg 182.
— A., Über das Verhalten entzündlicher Bildungen der Haut gegen Tuberkulin 149.
— Carl, Über das Sarcoma multiplex haemorrhagicum (Kaposi) 527.
Steward, W. B., Ein Fall von Sporotrichosis 479.
Stewart s. Fleming.
— Douglas H., Acne vulgaris obstinata 624.
Sticker 269.
Stoicesco, G., Behandlung der hartnäckigen blennorrhoischen Infektionen der Frau 731.
Stopford, G., u. MacKenna, R. W., Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan 634.
Strandberg, James, Ein Fall von vesiko-pustulösem Pyämid 322.
— O., Über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion in der Rhinologie 131.
Stratford, E., Ein Fall von Röteln mit Tonsillitis und nachfolgender letaler Purpura haemorrhagica 469.
Strauch, F. W., Über Stauungsblutungen in der Haut (zur Kritik des Rumpel-Leederschen Phänomens) 418.
Strauss, Arth., Die Technik der Kohlensäureschneebehandlung bei Hautkrankheiten 335.
— H., Diabetes insipidus und Entwicklungshemmung nebst Bemerkungen zur Differentialdiagnostik des Diabetes insipidus 143.
Stroink, J., Über die Folgen der Scharlachnephritis 451.
v. Strümpell, A., Die Ätiologie der Tabes 164.
Stühmer 24 ff.

Digitized by Google

Stümpke, G., Ein seltener Fall von Purpura haemorrhagica 415.
— Salvarsan und Fieber 510.
— Ist das Auftreten von spezifisch luetischen Erscheinungen beim Säugling nach Stillen mit Salvarsanmilch als Endotoxinwirkung aufzufassen? 630.
Stumpf, L., Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern im Jahre 1910 471.
Sudeck, P., Ein operativ geheilter Fall von traumatischer reflektorischer Trophoneurose der Hand 266.
Suess, Erhard, Über spezifische Diagnostik und Therapie des Skleroms 688; s. Müller, Rudolf.
Süssenguth 373.
Süssmann, Richard, Beitrag zur Statistik, Ätiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse 185.
Sugai, T., u. Mononobe, J., Leprabazillen im Zirkulationsblut der neugeborenen Kinder von Leprösen 211.
Sulzer, Ehrlichs letzte Mitteilung über Salvarsan 236.
— Fage, Richou u. Ettinger, Schwere nervöse Störungen nach Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber 235.
Suter, Adolf, Über die Augenhintergrunderkrankungen bei erworbener Syphilis 158.
Sutherland 416.
— W. D., Die Ekzembehandlung in den Tropen 474.
Sutton, Richard L., Salvarsan in der Behandlung des chronischen Pemphigus 483.
— Cheilitis glandularis apostematosa, kombiniert mit Cheilitis exfoliativa 500.
— Granuloma pyogenicum (Botryomycosis hominis der Franzosen) 710.
Swerew, Ein Fall von Reinfectio syphilitica nach Salvarsanbehandlung 546.
Swift, F., u. Ellis, Arthur M. W., Die Beseitigung der den intravenösen Salvarsaninjektionen folgenden fieberhaften Reaktionen 539.
Swindale, J. A., Dünne Stifte von Kohlensäureschnee für die allgemeine Praxis 335.
Synnot, Martin J., Die praktische Anwendung von Bakterienvakzinen 332.
Szántó, E., Salvarsan, in refracta dosi angewendet 626.

Taillens, Säuglingsekzem und Höhenkur 475.
Takahashi, A., u. Miyabe, N., Über den Einfluß der intravenösen Salvarsaninjektionen auf Nierenleiden 211; s. Nakano, H.
Tamms, W., s. Unna, P. G.
Tanaka, T., s. Dohi, K.
— Y., Beiträge zur Kenntnis der menschlichen Hautpigmentierung 40.
Tansard u. Fleig, Die chronischen blennorrhoischen Prostatitiden. Ihre Behandlung, speziell mit Röntgenstrahlen 532.
Tanton, J., Lithiasis prostatica 731.
Tarapani, Anna, Beiträge zur physiologisch-pathologischen Wirkung und therapeutischen Anwendung der Radiumstrahlen 297.
Tedeschi 109.
Teissier, Phosphaturie u. Oxalurie 262.
Telletár, E., Durch Einreibung von Quecksilberfett hervorgerufene Todesfälle 358.
Tenneson 135 ff.
Terebinsky, Parapsoriasis 442, 464.
— Syringom 443, ferner 317, 319.
Thacher, J. S., Purpura 396.
Thalmann 22 ff., 191.
Theodore, E. 498.
Thévenot, Léon, s. Vignard, P.
— s. Rochet, V.
Thibaut s. Gaucher, H.
Thibierge, Georges, Multiple artefizielle Hautgangrän 219.
— u. Gastinel, Pierre, Experimentelle Erregung gewisser Dermatosen durch intradermale Injektion von Tuberkulin und anderen Seris 99.
— — 3 Fälle von Sporotrichose 479.
— Ravaut u. Burnet, Schaudinns Spirochäte u. experimentelle Syphilis 106.
— — u. Le Sourd, Spirochaeta pallida und die Diagnose der Syphilis 106, ferner 122, 379.
Thomas, B. A., Über die Chromoureteroskopie in der funktionellen Nierendiagnostik 72, ferner 93.
Thompson, Ashburton, 18. Bericht der Gesundheitsbehörde von Neu-Südwales über die Lepra im Jahre 1908 267.
— W. G., Elephantiasis non-parasitica 415.
Thomsen, Oluf, u. Boas, Harald, Die Wassermannsche Reaktion bei angeborener Syphilis 322.
Thomson, Sarkom oder Mycosis fungoides 232.
— Talgzyste 232.
— Lupus erythematosus 232.
— Epitheliom, mit Kohlensäureschnee behandelt 261.
Thorel 237.
Thost, Arthur, Der chronische Schleimhautpemphigus der oberen Luftwege 483.
Thumin, Die Sporotrichose 477.

Digitized by Google

Tièche, Untersuchungen über die Spirochaeta pallida im Gewebe bei primärer und sekundärer Syphilis 324.
Tietze, K., Salvarsaninfiltrate und Fibrolysin 408.
Tilmann 197.
Tissier, Paul L., u. Blondin, Paul, Oedema cerebri und Encephalitis haemorrhagica acuta nach intravenösen Salvarsaninjektionen. Ihre Ursache 567.
Tittinger, Wilhelm, Die „Rosenkranzsonde" für Urethralmassage 73.
Tixier s. Nobécourt.
Török, Ludwig, Die lokale Behandlung der Entzündung oberflächlicher Hautschichten 323.
Toffoli, Clemente, Die Lepra in Brasilien 267.
Tomasczewski, E., Über Impfungen an Affen mit maligner Syphilis 105.
— Über Spirochätenkulturen aus einem syphilitischen Primäraffekt 440, ferner 24, 277 ff., 727.
Tousey, Sinclear, Elektrische Behandlungsmethoden bei Hautkrankheiten 70.
Touraine, A., s. Jeanselme, E.
Touret, L., Erbsyphilis der Zunge 160.
Touton, C., Über die wissenschaftlichen Fundamente der Lehre von den sexuellen Abstinenzkrankheiten und die praktischen Konsequenzen für die D. G. B. G. 127.
Tozzini 143.
Traube, Moritz 7.
Trautmann, Gottfried, Die Krankheiten der Mundhöhle und der oberen Luftwege bei Dermatosen mit Berücksichtigung der Differentialdiagnose gegenüber der Syphilis 126.
Travers, E. F., u. Maunsell, D. F., Intensive Verbrennungen der Vorderfläche des Halses, der Brust und eines Teiles der seitlichen und hinteren Flächen des Halses usw. 265.
Trimple, W. B., s. Fox, Howard.
Trömner, E., u. Delbanco, E., Über Neurorezidive nach Salvarsan, speziell Polyneuritis 568.
Troitzkaja, Zur Behandlung der Lepra mit Salvarsan 71.
Troitzki, Zur Frage des Einflusses der Blennorrhöe auf das Körpergewicht der Kranken 71.
Tromsdorff 33.
Tschernogubow, Zur Frage der sog. Tripperfollikulitiden 184.
— Bromoderma 648.
— Zur Behandlung der Nagelerkrankungen mit X-Strahlen 652.
— Zur Kasuistik der blennorrhoischen Entzündung der paraurethralen Zunge an der Raphe penis 653; s. Meschtscherski.
Tschumakow, Die Frage des versteckten Schankers (Ulcus molle fossae navicularis urethrae) 72.
Tuccio, Giuseppe, Multiple Ulzerationen der Haut durch Staphylococcus pyogenes mit serpiginöser Verbreitung und chronischem Verlauf durch eine innere Ursache 146.
Tucker, Henry, Akute Nephritis nach intravenöser Injektion von Salvarsan 579.
Türk, Norbert, Zur Kenntnis der idiopathischen genitalen Lymphangiektasie 444.
*— Zur Ätiologie der phagedänischen Genitalgeschwüre 549, 591.
Turner, P., Zwei mit Fulguration behandelte Fälle von Ulcus rodens 327.
— W., Bemerkungen zur Ätiologie der Lepra 208.
Tuschinsky, M., u. Iwaschenzow, G., Über Salvarsanbehandlung bei Skorbut 418.

Uhlenhuth, P., Haendel, K., und Steffenhagen, K., Experimentelle Untersuchungen über Rattensarkom 738.
Ullmann 45, 278.
— Karl, Einfluß der Technik der Injektionsmethoden auf Remanenz und Wirkungsweise der Hg- und As-Präparate 359.
— Die Ausscheidungs- und Remanenzverhältnisse des Salvarsans in ihren Beziehungen zur Therapie 512.
Umezu (Tokio), Über Folgeerscheinungen nach Salvarsan 211.
Unna, E., Die praktische Verwendung von Eucerin als Salbengrundlage 598.
*— P. G., u. Golodetz, L., Zur Chemie der Haut. IX. Die Verteilung des Sauerstoffs und der Sauerstoffermente in der Haut 2, 54.
— — Die Bedeutung des Sauerstoffs in der Färberei 239.
— u. Merian, Die osmotische Auslaugung des Inhalts intakter Hornzellen 323.
— und Tamms, W., Dermatologischer Jahresbericht 602, ferner 20, 233, 277 ff., 310 ff.
Urtel, W., Untersuchung eines Falles von Mycosis fungoides 713.

Vacherow 169.
del Val, Sanchez, Vereinfachung der Technik der intravenösen Salvarsaninjektionen 37.

Digitized by Google

Vallardi, C., Die Methode der Komplementdeviation bei der Pellagra 390.
Vandergrift, Georg W., Salvarsan und Quecksilber bei Syphilis des Auges 69.
Variot, G., Bemerkungen über die Behandlung des Kinderekzems durch die Veränderung der Milch 475.
Vaucher s. de Beurmann.
Vavasour Elder, A., Die Psychologie des Salvarsans 508.
Veil, Wolfgang, Gibt es anatomische Veränderungen der Schweißdrüsen bei inneren Krankheiten? 149.
Velter s. Legry.
v. Verbizier, A., Durch den Löfflerschen Bazillus verursachte Pyodermitiden 379.
Verdun s. de Beurmann.
*v. Veress, Franz, Veränderungen im Verlauf der Syphilis nach intensiver Behandlung. Über Pseudoreinfektionen und Frührezidive 22, 62, ferner 221 ff., 310 ff.
Verhoogen u. de Graeuwe, Beitrag zum Studium der kongenitalen Hydronephrose 94.
Vernes s. Jeanselme, E.
Verrotti, Giuseppe, Eigenartiger Fall eines erythematös knotigen Spätsyphilids, klinisch eine multiple gummöse Sporotrichose vortäuschend 144.
— Über zwei neue Fälle von Boubas brasiliana (Morbus Breda) 733.
Versilow 249.
de Vertueil, F. A., u. de Vertueil, F. L., Salvarsan bei Lepra 271.
— F. L., s. de Vertueil, F. A.
Vidal 328.
Vignard, P., u. Thévenot, Léon, Die Nierentuberkulose beim Kinde 601.
*Vignolo-Lutati, Karl, Beitrag zum Studium des sog. „Granuloma annulare" (R. Crocker) 77, 114.
— Neuer Beitrag zum Studium der Epidermophytia erratica trichophytoides et ekzematoides 480.
— Über die experimentellen Alopezien durch Abrin 529.
*— Über den sogenannten Lichen albus von Zumbusch 661, ferner 280, 312 ff.
Vilanova, P., Ein Fall von Syphilis, der eine Ausnahme vom Profetaschen Gesetz bildet 679.
de la Villa, S., u. Nonell, J., Nachweis des Salvarsans im Urin nach der Methode von Abelin 209.
Villard 228.
Vincent 552.
Vipond, A. E., Scharlach 448.
Viry, H., Behandlung des Furunkels 659.
Vischer 235.
Vladar, M. L., Beiträge zur Diagnostik und Prophylaxis der Scarlatina occulta 448.
Voelcker 264.
*Vörner, Hans, Cutis verticis gyrata 309.
— Zirkumskripte Dermatoanämien (Leukischämien) 323, ferner 224.
Voigt, J., Rechtsseitige Nierentuberkulose, mit rechtsseitiger Parametritis kompliziert; eigenartige nicht tuberkulöse Veränderungen am linken Ureter 95.
Voisin, Roger, s. Lévy-Bing, Alfr.
Volk, Richard, Über atypische Psoriasisformen 477.
Volkmann 497 ff.
Voorhus, Irving Wilson, Syphilis des Gehörorgans 677.
Voss, M., Schwere akute Intoxikation nach intravenöser Salvarsaninfusion 544; Nachtrag hierzu 544.

*Wachenfeld, Zur Frage des Fiebers und anderer Nebenerscheinungen bei der Anwendung des Salvarsans 341.
Wadswooth, William S., Verdauungsstörungen und Harnkrankheiten 623.
Waelsch, L., Beitrag zur Indikation und Wirkung kleinster Salvarsandosen 631, ferner 310.
Wäwiorowski, Zum Einfluß des Salvarsans auf das Blut der Luetiker 511.
v. Wahl, A., Die Bakterien der normalen Harnröhre beim Manne 71.
Wakabayashi, T., Einige Beobachtungen über die feinere Struktur der Riesenzellen in Gummi u. Sarkom 41.
Waldvogel 373.
Walker, C. E., Fortschritte der Krebsforschung 742.
Walker, H. D., Das Karzinom als Parasitenkrankheit 92.
— N., u. Ritchie, J., Bemerkungen über einen Fall von Sporotrichosis 478.
Wallhauser 454.
Walsh, Ferd. C., Nierenspülungen bei Pyelitis 92.
Walter, E., Versuche über die Resorptionsfähigkeit einer Salvarsansalbe unter Berücksichtigung der Verwendungsmöglichkeit derselben zur Syphilisprophylaxe 513.
Wardle, M., Salvarsan 634.
Ware, Retentio urinae non prostatica der senilen Blase 94.
v. Wasielewski u. Wülker, Zur Beurteilung der Schmidtschen Krebshypothese 744.
v. Wassermann, A., s. Ehrlich, P.
Watabiki, Ch., s. Sakaguchi, Y.
Watanabe, S., Über die Wirkung des Salvarsans auf einige Hautkrankheiten 211.

Digitized by Google

Watanabe, S., Mal del Pinto 211.
— u. Fujitani, Y., Über Salvarsanexantheme 37.
Watson, Ray W., u. Reasoner, M. A., Der Einfluß der Therapie auf die Wassermannsche Reaktion bei Syphilis 131.
Waugh, Wm. F., Herpes Zoster, akute Poliomyelitis und Zincum phosphoratum 266.
— Ein Fall von Pellagra in Illinois 392.
Weaver, G. H., s. Hektoen, L.
Weber, E. P., Fall von tropho-neurotischer (?) Ablösung der Nägel 29.
— F. P., Nachtrag zu einem Fall von artefiziellem Hautausschlag 445.
— H. L., s. Krzysztalowicz, Fr.
Wechselmann, W., Überempfindlichkeit bei intravenösen Salvarsaninjektionen 323.
— Die Behandlung der Syphilis mit Dioxydiamidoarsenobenzol 682.
— u. Loewy, Zur Physiologie und Pathologie des Wasserwechsels und der Wärmeregulation seitens des Hautorgans 40.
— — Untersuchungen an drei blutsverwandten Personen mit ektodermalen Hemmungsbildungen, besonders des Hautdrüsensystems 101, ferner 503.
Wehner (Berlin), Über das Vorkommen spätluetischer Erscheinungen im Frühstadium der Syphilis nach Salvarsaninjektionen 545.
— Über die Behandlung hartnäckiger, nässender Ekzeme 474.
Weidenfeld, St., Über generalisierte multiple Epitheliome der Haut 528.
— Zur Klinik und Therapie des Furunkels und der Furunkulose 658.
Weidler, Walter B., Keratitis infolge von Rosazea 500.
Weill u. Gardère, Das Kopliksche Zeichen außerhalb der Masern 611.
— A., s. Widal, F.
— B., u. Moriquaud, G., Zum unvorhergesehenen Tode bei skarlatinöser Myokarditis 451.
— E., u. Chalier, J., Purpura, durch Venenstauung hervorgerufen 417.
Weinberg, W., Zur badischen Krebsstatistik 743.
Weinstein, Joseph, Die Wassermannsche Reaktion bei Krankheiten der Nase und des Rachens 70.
Weintraud, W., Über die Salvarsanbehandlung syphilitischer Herz- und Gefäßerkrankungen 542.
Weiss, Leonhard, Zur Kenntnis des syphilitischen Primäraffektes an der behaarten Kopfhaut 104.
Weissenbach, R. J., s. Ravaut, Paul, Bertier, H.
— s. Bergé, A.
Welander, Edward 368 ff., 530.
Welikanow s. Iwanow.
Werner 372.
— H., Über Orientbeule aus Rio de Janeiro mit ungewöhnlicher Beteiligung des Lymphgefäßsystems 733.
— R., u. Caan, A., Über den Wert der Kombination von Röntgenstrahlen und Hochfrequenzbehandlung bei malignen Tumoren 736.
— Neue Ergebnisse der badischen Krebsstatistik 743.
— Zur badischen Krebsstatistik 743.
Westenhoeffer, Bericht über die Tätigkeit des pathologisch-anatomischen Instituts der Universitit Santiago de Chile in den Jahren 1908 und 1909 337.
Weston, P. G., s. Kolmer, J. A.
Westphal, A., Über einen Todesfall nach Behandlung mit Salvarsan bei spinaler Erkrankung (Tabes + Meningitis spinalis syphilitica) mit mikroskopischer Untersuchung des Rückenmarks 604.
Westphal (Windhuk), Einige Beobachtungen bei der Salvarsanbehandlung im Garnisonlazarett Windhuk, Deutsch-Südwestafrika 504.
Whitall, J. Dawson, Zystitis beim Weibe 70.
Whitfield, Arthur, Ekzematoide Trichophytie der Extremitäten und der Leiste 292.
— Hautschnitte von einem mit Mikrosporen infizierten Kätzchen und eine Kultur vom Haar eines durch das Kätzchen infizierten Kindes 708, ferner 205.
Whitney, Charlet M., Neue Erfahrungen mit Salvarsan 69.
— Schanker der Harnröhre beim Manne 104.
Wicherkiewicz, Boleslaw, Bedeutung des Salvarsans in der Behandlung der diffusen parenchymatösen Keratitis 576.
Wichmann, F., Die Behandlung des Schleimhautlupus 272.
— Erfahrungen mit Radium und Mesothorium in der Lupusbehandlung 272.
Wickham, Louis, Das Radium und der bösartige Krebs 324.
Widal 579.
— u. Bénard, René, Deszendierende Pyelonephritis während der Schwangerschaft durch kolibazilläre Septikämie 601.
— Fernand, Lemierre, A., u. Weill,

Digitized by Google

André, Untersuchungen der Wechselbeziehungen zwischen Blut und Harn und insbesondere der Harnsäureexkretion in einem Falle von orthostatischer Albuminurie 294.
Widal u. Weill, André, Die Perikarditis bei Morbus Brightii. Ihre Beziehungen zur Azotämie 380.
Wiesner, B., s. Dessauer, Friedrich.
Wiewiszowski s. Wolff, H.
Wildbolz, Hans, Traumatische Hydronephrose, geheilt durch Pyeloneostomie 95.
— Experimentelle Studie über die Widerstandsfähigkeit Einnieriger gegen Gifte 413.
Wile, Udo J., Absonderung und Erziehung von Kindern mit „Ringworm" des behaarten Kopfes 479; siehe Pollitzer, S.
Wilenkin-Bronstein, Charitina, Beitrag zur diätetischen Behandlung des Säuglingsekzems 475.
William 116.
Williams, A. W., Fall von Acne agminata 327.
— Ein eigentümlicher Nävus 327.
— Fall zum Diagnostizieren 598.
— Fall von Morphoea guttata 598.
— C. L., Die Lebensfähigkeit des Menschenkarzinoms an Tieren 745.
— D. O., Ein durch Chinin erzeugter skarlatiniformer Ausschlag 386.
— G., Ein Fall von ausgedehntem Herpes 265.
— Tom A., Salvarsan bei Tabes und Spätlues des Nervensystems 678.
— T. S. B., Lepra. Neue Anschauungen über Bakteriologie und Behandlung der Lepra 270.
Winfield 404.
Winkler, Ferdinand, Studien über Pigmentbildung 39, ferner 5.
Winter, F., Intravenöse Anwendung des Salvarsans 537.
Winternitz, R., Einige Wandlungen in der Diagnostik und Therapie der Geschlechtskrankheiten 132.
— W., Zu Sonnenkuren 296.
Winthrop, Gilman J., Ein Fall von sporadischer Elefantiasis 687.
Wischer, Herm., Die praktische Verwertbarkeit der Wassermannschen Reaktion bei Lues, Tabes dorsalis und progressiver Paralyse 131.
Wischnewsky, Über die Regeneration der Pars prostatica urethrae im Verhältnis zu dem experimentellen Studium der Folgen der Prostatektomie 93.
Wisniewski, Julius, Über Vitiligo 445.
Wladimiroff, G. E., Über die Himbeerzunge der Kinder 276.
— Zur Frage über die Scharlachvakzination und Anginen 451, ferner 450.
Woglom, W. H., Subkutan immunisierte Mäuse sind auch immun gegenüber der Inokulation von Krebs an ihren internen Organen 745.
Wohlgemuth, Julius, Experimentelle Beiträge zur Prüfung der Nierenfunktion 96.
Wolbarst, Abr. L., Über Salvarsan 69.
— Unklare Veränderungen der Harnwege 69.
— Eine Studie von 50 mit Salvarsan behandelten Syphilisfällen, mit spezieller Hinsicht auf das klinische Resultat und die Wassermannsche Reaktion 506.
Wolfer, L., Ein schwerer Fall von Purpura haemorrhagica 415.
Wolff, H., u. Wiewiszowski, Zur Klinik und Therapie des äußeren Milzbrandes 690.
Wood, Alfr., u. Eshner, Augustus A., Aktinomykosis (Streptotrichosis) beim Menschen 711.
Worms, G., u. Hamant, A., Die chirurgische Behandlung der akuten Nephritis 238.
Wossidlo, H., Beiträge zur Urethroskopie der vorderen und insbesondere der hinteren Harnröhre 212.
Wright 21.
Wülker (Heidelberg) siehe v. Wasielewski.
Wurm, E., Ein neues Präparat zum Schutz der gesunden Haut bei Röntgenbehandlung 692.

Yakimoff, W. L., Einfluß des Salvarsans auf die Leukozytenformel 360.
— u. Kohl-Yakimoff, N., Der Einfluß von Mikrobien auf die Wirkung des Salvarsans 362.
Yamada, S., Über Lupus erythematosus 38.
— Zwei Fälle von Sklerodermie 211.
Yoshimura, S., Über die Verwendbarkeit des $CaCl_2$ bei Hautkrankheiten 38.

Zadik, A., Zwei Fälle von Poliomyelitis anterior luetica beim Erwachsenen 186.
Zaepffel, Léon, Die papulo-pustulöse miliare rezidivierende Eruption im Gesicht 656.
Zambaco, Demetrius, Das Alter der Lepra, der Syphilis und der Tuberkulose 324, ferner 180.
Zanger 416.

Digitized by Google

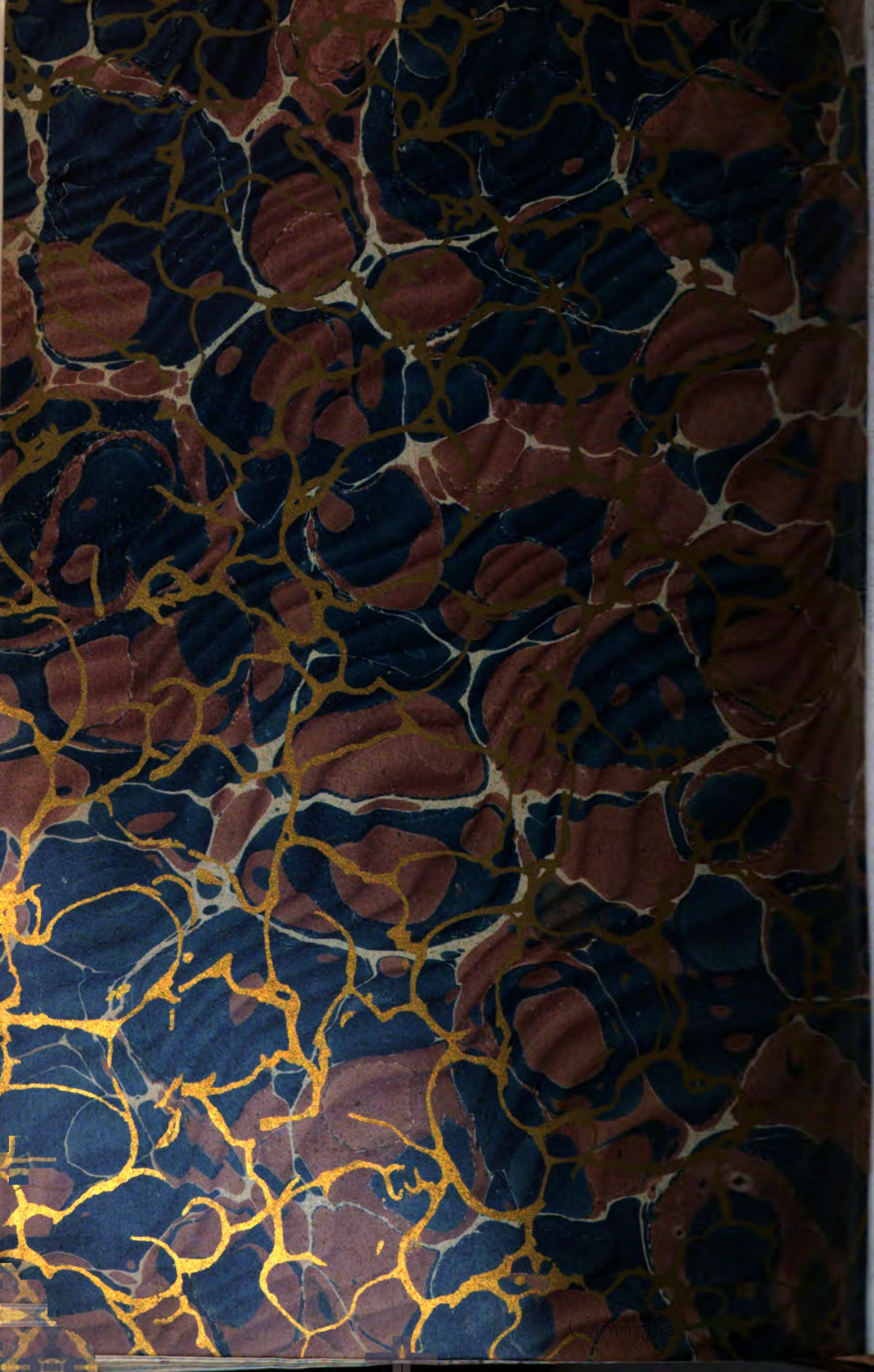
Zehden 291.
v. Zeissl 370.
— M., Neuerliche Bemerkungen zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan und Häufigkeit der Nervenerkrankung durch Syphilis in der Zeit vor Anwendung des Salvarsans 569.
— Einige interessante, mit Salvarsan behandelte Luesfälle. Wie sollen wir die Syphilis jetzt behandeln? 632.
Zeller, G. A., Pellagra u. Nahrung 393.
Zernick s. Fischer.
Zieler, K., Die Toxinempfindlichkeit der Haut des tuberkulös infizierten Menschen 273, ferner 137.
Zilz, J., Über die lokale Salvarsanbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Spirochätenerkrankungen im Bereiche der Mundhöhle 627.
Zimmern, F., Über Erfahrungen bei 1900 mit Salvarsan behandelten Syphiliskranken 506.
Zinsser, F., Die Gefahren der Röntgentherapie der Hautkrankheiten 299.
Zuckerkandl, O., Umwandlung des Blasenepithels in sezernierendes Zylinderepithel 94.
— Die unmittelbaren Resultate der Prostatektomie 262.
v. Zumbusch 165.
Zwick, A. O., s. Zwick, K. G.
— K. G., u. Zwick, A. O., Salvarsan 69.

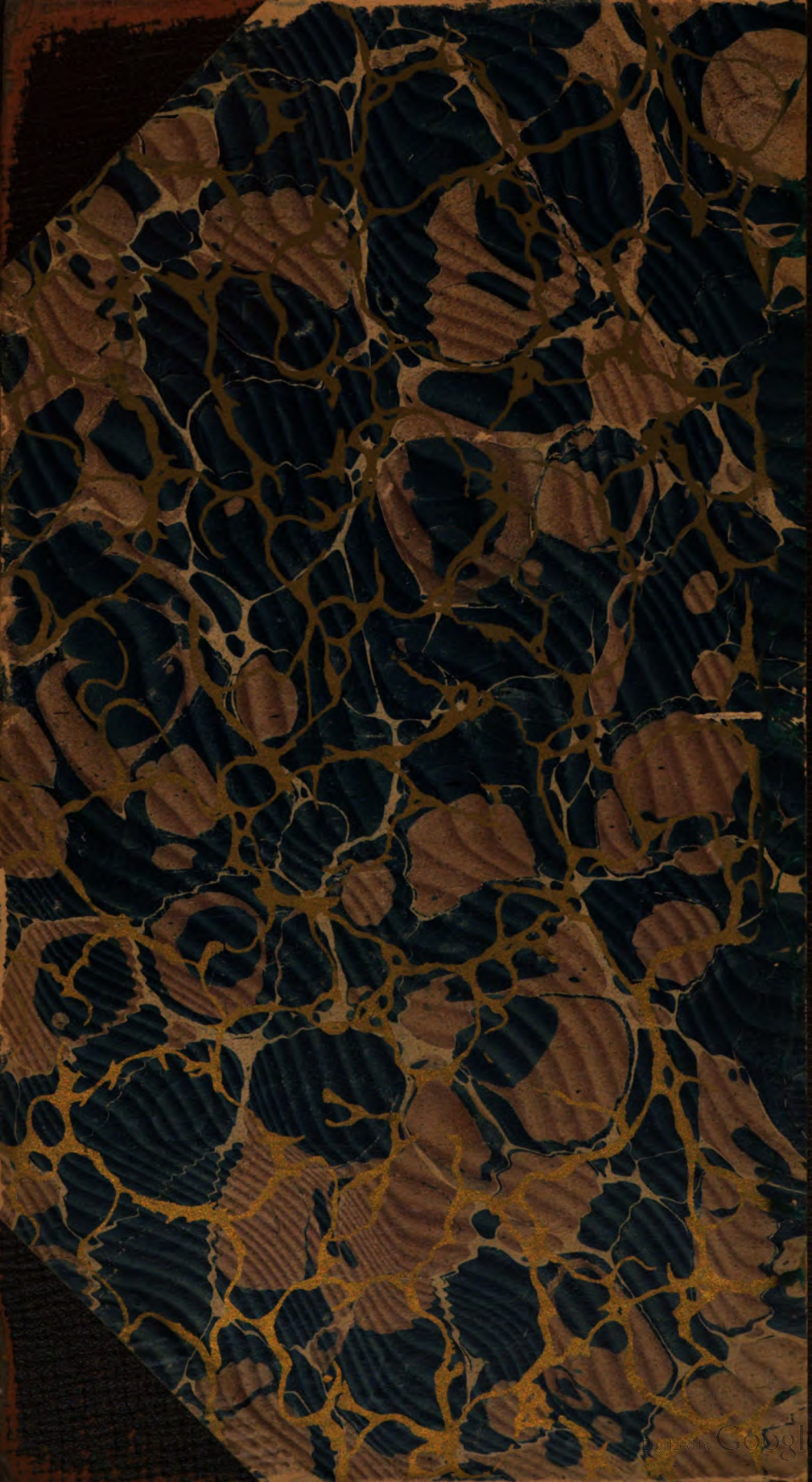
Digitized by Google

Digitized by Google

124235

Digitized by Google




Digitized by Google